


PRESS G.187.
SHELF L.
Nº 15.
160 e. 456/5



COMMOTION, CONTUSION

TÉTANOS

SYPHILIS ET TRAUMATISME

Les *Mémoires de Chirurgie*, par M. le professeur Verneuil, paraisse à des intervalles indéterminés par volumes in-8, dont chacun est ven séparément.

Les volumes publiés jusqu'à ce jour sont ainsi répartis :

Tome Ier. **Chirurgie réparatrice** .... 15 fr

Tome II. **Amputations, doctrine septicémique, pansements antiseptiques** .... 15 fr

Tome III. **États constitutionnels et traumatisme** .... 12 fr

Tome IV. **Traumatisme et complications** .... 15 fr

Tome V. **Commotion, contusion, Tétanos, Syphilis et traumatisme** .... 15 fr

Imprimeries réunies, B, rue Mignon, .

MÉMOIRES DE CHIRURGIE

TOME CINQUIÈME

COMMOTION, CONTUSION
TÉTANOS
SYPHILIS ET TRAUMATISME

PAR

LE Dʀ A. VERNEUIL
MEMBRE DE L'INSTITUT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN ET RUE DE L'ÉPERON, EN FACE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXVIII

/

A

MES CONFRÈRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Qui m'ont fait l'honneur de couronner ma carrière scientifique en m'admettant dans leur savante Compagnie, témoignage de profonde reconnaissance et de haute estime.

A. VERNEUIL.



AVERTISSEMENT

Les questions traitées dans le présent volume ne sont ni aussi nombreuses ni aussi variées que dans les précédents. Je pense pourtant qu'elles offrent un égal intérêt.

Deux lésions traumatiques tout à fait classiques sont longuement décrites et mises au point de la science moderne. J'ai discuté à fond la théorie de la commotion et le sens réel qu'il fallait donner à ce terme. De concert avec mon collègue M. A.-H. Marchand, nous avons refait l'histoire de la contusion, en nous préoccupant surtout de ses variétés et de ses suites; j'ai montré à ce propos combien ces suites étaient différentes suivant l'état constitutionnel des sujets.

Les cent cinquante pages consacrées au tétanos traumatique renferment tout ce que j'ai écrit sur cette redoutable complication des plaies depuis 1870 jusqu'à 1887. On y constatera mes hésitations et mes incertitudes sur l'étiologie, la pathogénie, la nature même du mal, puis enfin mon option finale pour la nature virulente et infectieuse, ainsi que pour l'origine équine : hypothèses à la démonstration desquelles je travaille actuellement avec ardeur. On trouvera ces nouvelles recherches résumées dans un prochain volume.

Le reste du livre est rempli de travaux originaux sur la syphilis, émanés de la plume de mes élèves ou de la mienne.

Je signale d'abord la thèse de M. L.-H. Petit sur les rapports entre la *syphilis et le traumatisme;* c'est une œuvre magistrale qui tranche une question jadis très controversée, à l'aide de documents historiques et cliniques nombreux et bien classés.

La thèse de M. Petit a suscité en France et à l'étranger plusieurs importants travaux du même genre, dont on trouvera à la suite l'analyse et les conclusions. Tout porte donc à croire que les rapports du traumatisme et de la syphilis ne seront plus à l'avenir ni contestés ni méconnus.

J'appelle ensuite l'attention sur les thèses de MM. Ozenne (*Du cancer chez les syphilitiques*) et Ramonat (*la Syphilis chez les scrofuleux*), traitant toutes deux de la combinaison de la syphilis avec d'autres maladies générales, ou de ce que j'appelle les *hybrides syphilitiques.*

L'hybridité morbide est une question d'une importance capitale, que personne n'a jamais traitée avec le soin qu'elle mérite, bien qu'elle joue dans la nosographie et dans la pratique un rôle considérable. Quoique j'y pense et que j'en parle sans cesse, je n'ai jamais eu le loisir d'en faire un exposé tant soit peu complet. La syphilis, se combinant avec toutes les dyscrasies et toutes les maladies générales, se prête fort bien à cette étude, dont les deux thèses précitées montreront l'utilité et l'intérêt.

La coïncidence si commune des varices et des ulcérations tertiaires aux membres inférieurs y produit même un type d'hybridité locale des mieux caractérisés.

Il n'y a plus qu'à glaner dans le champ de la syphilis, si merveilleusement cultivé en France, surtout par Ricord, Rollet, Diday, Mauriac, Jullien et d'autres encore, et surtout par mon éminent collègue et ami le professeur Alf. Fournier, qui ne laissera pas grand'chose à faire à nos neveux; c'est pourquoi j'ai pu seulement signaler ou étudier mieux que mes prédécesseurs certaines lésions tertiaires

encore peu connues : les *syphilomes des bourses séreuses et tendineuses*, les *syphilomes de la mamelle, de l'omoplate*, les *adénopathies ganglionnaires tertiaires*, l'*ulcus elevatum tertiaire*, etc.

Pour découvrir ou décrire plus exactement ces minuscles nouveautés, il m'a suffi de ne pas laisser perdre les observations rares que tout le monde rencontre et qu'on a le tort de ne pas recueillir.

Février 1888.

MÉMOIRES

DE CHIRURGIE

LES PETITS PROPHÈTES DE LA CHIRURGIE[1]

En vertu d'une louable coutume consacrée par le temps et par l'équité, les sociétés savantes emploient la meilleure partie de leur séance solennelle à entendre l'éloge des membres qui ne sont plus. La Société de chirurgie, dès sa fondation, a suivi cette pieuse tradition, et la postérité qui lira ses travaux ne l'accusera pas d'avoir été ingrate envers ceux qui lui ont prêté leur concours. Nos descendants reconnaitront que la vérité nous a été chère sous toutes ses formes, aussi bien lorsqu'il s'agissait d'honorer les morts, que d'instruire les vivants et de frayer la route aux générations futures.

On peut le dire, sans crainte je crois d'être démenti, le temps des grandes injustices est passé. L'histoire est entrée dans ses voies véritables ; sous le faux prétexte d'un respect servile pour la mort, elle ne consacrera plus les grandes réputations usurpées et saura tirer de leur infimité les hommes modestes étouffant pendant leur vie à l'ombre des personnalités puissantes. Tous ceux qui auront travaillé au grand œuvre auront leur place et leur niveau, et la popularité « cette grande impudique » pour employer l'expression d'un de nos poètes, ne sera plus seule dispensatrice de la renommée.

Voilà ce qui se fera, messieurs, dans l'avenir.

1. Ce discours a été prononcé le 13 juillet 1859, dans la séance solennelle de la Société de chirurgie. Pour des motifs qui ne sont plus présents à ma mémoire, il n'a jamais été publié. C'est un simple passe-temps littéraire qui n'a point la prétention d'être une étude historique, aussi n'en faut-il juger que l'idée inspiratrice et non les détails, qui n'échappent pas à la critique. — A. V. 1886.

Mais pour voir en vigueur un programme aussi équitable, nous faudra-t-il attendre la lente évolution des ans; devons-nous accepter, vrais ou faux, les jugements sur les hommes et les choses tels que nous les trouvons formulés; toute revision est-elle interdite? Je réponds hardiment : non!... Non, il n'y pas de prescription pour l'histoire, dont les droits rétrospectifs ne sont pas contestabler.

N'eût-elle pas d'autre mérite, l'érudition dans les sciences aurait au moins celui des réparations tardives. Sa mission est de nous indiquer l'origine des idées, de nous montrer la marche de l'esprit et les routes du progrès, et comme à chaque idée, à chaque perfectionnement s'attache au moins un nom d'homme, c'est un devoir pour elle d'éterniser la mémoire de ceux qui, de degrés en degrés, ont conduit la science et l'art au point où nous les trouvons aujourd'hui.

Certes, je ne prendrai pas la parole en ce jour pour amoindrir les grands maîtres. Je ne contesterai ni leur génie ni l'influence vivifiante qu'ils ont exercée sur leur époque. Guy de Chauliac, Ambroise Paré, J.-L. Petit, Desault, Boyer, Dupuytren, sont les gloires de notre chirurgie française. Je salue leur nom avec gratitude et respect. Ce sont nos *grands prophètes*.

Mais je ne voudrais pas davantage qu'on exagérât outre mesure leur part déjà si belle. Je ne voudrais pas voir les petits dépouillés pour couvrir les grands, les pauvres rançonnés pour enrichir les riches. Lorsqu'un illustre architecte apparaît, j'aimerais à connaître au moins ses principaux ouvriers, afin qu'il soit bien dit que nul n'est assez fort pour s'élever très haut sans le secours des autres, comme en revanche il n'est point de sommet où l'on n'arrive en associant à son propre courage l'expérience d'autrui.

Lorsqu'on examine, en effet, les écrits des grands météores scientifiques que je viens de citer, lorsqu'on compare la *Chirurgie* de Guy de Chauliac avec les *Œuvres* d'Ambroise Paré, les *Maladies chirurgicales* de J.-L. Petit avec l'impérissable *Traité* de Boyer, on reconnaît sans peine que chacun de ces chefs-d'œuvre marque pour la chirurgie une étape en avant; mais on n'aperçoit pas tout d'abord les degrés intermédiaires, les pas qui établissent la transition. Ceux qui ne font de la bibliographie qu'une enseigne et qui n'émaillent leur texte de noms propres et de dates que pour interrompre la monotonie des lignes, s'en préoccupent médiocrement.

Mais si l'on est animé de cette curiosité si pleine de charme qui consacre de longues heures à lire les petits livres obscurs, rares, édités une fois ou deux à peine, on ne tarde pas à se convaincre que la plupart des découvertes importantes, des idées lumineuses dont

nous profitons aujourd'hui, appartiennent non pas aux célébrités de la profession, mais à des hommes plus ou moins obscurs, relégués parfois hors des grands centres, n'ayant jamais porté la pourpre professorale et auxquels ont presque toujours manqué les panégyristes emphatiques ou sincères. Ces hommes, je les appelle les *petits prophètes de la chirurgie.*

Ils sont bien nombreux ces travailleurs obscurs, car ils ont existé à toutes les époques; on n'a jamais écrit leur histoire et il est maintenant trop tard pour qu'on puisse espérer la tracer jamais complètement. Le plus grand nombre de ceux qui ont vécu dans l'antiquité est condamné à un oubli éternel; nous trouvons des lambeaux de chirurgie dans Homère, dans la Bible, dans les livres sacrés des Indous; Hippocrate est déjà beaucoup plus complet et Celse nous transmet des dogmes chirurgicaux nombreux et relativement très avancés; et pourtant qui nous apprendra quel chirurgien a le premier pratiqué la taille, le trépan, les résections partielles des os malades, abaissé la cataracte, évacué l'urine ou le fluide accumulé dans les cavités séreuses, qui le premier a réduit les luxations ou consolidé méthodiquement les fractures? Nous n'en sommes pas même aux conjectures; il faut en prendre notre parti. L'histoire a immortalisé les grands coups de lance donnés par Achille, elle nous a conservé le récit des amours ou des fourberies de Jacob, fils d'Isaac; elle nous a légué de longues séries d'Antiochus, fainéants, imbéciles ou cruels, mais elle a tu les noms des auteurs de ces utiles découvertes, le nom de ces grands bienfaiteurs de l'humanité.

Il est facile de comprendre pourquoi l'antiquité ne nous a pas transmis ces noms. Les sciences étaient dans un grand degré d'infériorité et les érudits n'existaient pas encore. L'empire romain enfanta les premiers compilateurs et les premiers commentateurs, Celse et Galien. Ce dernier surtout nous a fait connaître un bon nombre de ses contemporains et de ses prédécesseurs; sans lui, les travaux d'Erasistrate et d'Hérophile seraient à jamais perdus. Plus tard, d'autres compilateurs plus ou moins plagiaires sauvèrent encore quelques débris de l'ancienne chirurgie. Tels Aétius, Oribase, Paul d'Égine, sans lesquels nous ne connaîtrions ni Antyllus, ni Soranus, ni Léonide, ni Archigène, qui furent certainement de très bons chirurgiens, à en juger par les fragments de leurs œuvres qui nous restent encore.

Malheureusement, dans les siècles suivants les hommes abâtardis par la barbarie, non seulement n'inventèrent plus rien, mais ne surent même plus copier; c'est surtout en Occident que l'ignorance

devint profonde. Les lumières dont, à ce qu'il paraît, le christianisme a inondé le monde, ne profitèrent point à la chirurgie dans les premiers siècles de notre ère, car, il faut bien en convenir, sans de laborieux mécréants juifs, grecs ou sarrasins, sans les Byzantins qui ne valaient pas mieux, les œuvres des illustres païens n'auraient point échappé à un naufrage complet. Non seulement l'Occident chrétien et plus tard catholique resta plus de douze cents ans sans produire un seul chirurgien de quelque valeur, mais il ne soupçonna pas même qu'il y eut un art chirurgical jusqu'au moment où les Arabes, et surtout ceux d'Espagne, rapportèrent en Europe les premiers monuments de notre science.

Les érudits cette fois assurèrent l'avenir de la chirurgie. Mais retrouver le passé ne suffit pas au progrès, aussi les Arabes sont réputés peu novateurs : l'art ne s'est guère enrichi entre leurs mains. Comme les Grecs, ils eurent certainement leurs grands et leurs petits prophètes; nous connaissons les premiers, Rhazès, Ali-Abbas, Avicenne, nous citons surtout Albucasis, le coryphée de la chirurgie arabe, mais nous ignorons les seconds, qui pourtant devaient être nombreux, car sous la domination douce et intelligente des rois maures en Espagne, les sciences étaient cultivées avec éclat à Tolède, à Séville, à Cordoue et dans d'autres écoles encore.

Pour arracher quelques noms à l'oubli, il faudrait s'ensevelir courageusement dans les incunables arabes ou dans les énormes compilations du moyen âge, et, nouvel Aétius, construire un autre *Tetrabiblos* avec des fragments tirés de ces sources indigestes. Indépendamment du courage héroïque qu'il faudrait pour aborder ce travail d'Hercule, on est détourné de l'entreprise, parce qu'on sait d'ailleurs que la tâche est remplie. En effet Peyrilhe, illustré déjà par la suite de l'*Histoire de la chirurgie* de Dujardin, a écrit un troisième volume qui renferme, dit-on, des matériaux précieux sur la chirurgie des Arabes. La publication de ce volume accroîtrait la gloire de son laborieux auteur, elle honorerait notre science nationale et glorifierait jusqu'au simple éditeur; mais, pour des raisons qu'il ne sera jamais donné à ma faible intelligence de comprendre, le trésor resté invisible est enfoui sous une toge auguste dans les replis de laquelle il court grand risque d'être dévoré par les vers.

Héritage ou dépôt, car les avis sont partagés, peu importe, le manuscrit de Peyrilhe appartient à la science moderne, et certes il serait bon de lui appliquer la loi d'expropriation pour cause d'utilité publique.

Mais je reviens à mon sujet. Aux Arabes, Espagnols pour la plupart, succèdent dans la chronologie chirurgicale les écoles italiennes, dont les sectateurs ont conservé le nom d'arabistes que leur donna Marc-Aurèle Séverin. Cette épithète est caractéristique ; c'est un diminutif qui indique avec bonheur et vérité que les chirurgiens des XIII[e] et XIV[e] siècles ne furent que les échos de la chirurgie des Arabes. Précurseurs de Guy de Chauliac, les nombreux chirurgiens des écoles de Salerne et de Bologne constituent la dynastie guidonnienne, qui commence à Roger de Parme et finit à Marcellus Cumanus, dynastie à laquelle la chirurgie doit sa renaissance en Occident.

Malgré la renommée dont ils ont joui, les hautes fonctions professorales dont ils ont été décorés, les arabistes sont de petits prophètes, qu'ils soient copistes comme Roland ou plus originaux comme Guillaume de Salicet.

L'ère chirurgicale qui va suivre et que personnifiera Ambroise Paré va nous présenter une physionomie bien différente. Ce ne sont plus des professeurs et des lettrés qui vont préparer l'œuvre immortelle du chirurgien de Laval. Les origines du progrès en sont beaucoup moins nobles. Des inciseurs, des rebouteurs, des barbiers sachant à peine lire, des opérateurs ambulants plus ou moins honnêtes, assez charlatans pour la plupart, vont seuls continuer la chirurgie militante abandonnée par les chirurgiens officiels, qui par timidité, par orgueil ou par des scrupules religieux absurdes, dont les Arabes avaient déjà donné l'exemple, laisseront tomber le fer de leurs mains débiles.

La condition infime et l'ignorance théorique constitueront pour les nouveaux venus une règle qui souffre peu d'exceptions ; ils vont puiser leur mince instruction dans la bible chirurgicale de l'époque, dans Guy de Chauliac ou dans les nombreux petits manuels qui en avaient été extraits et qui alors infestaient les écoles.

Le XV[e] siècle voit naître les empiriques, les praticiens, en un mot les vrais opérateurs sans peur sinon sans reproche, à coup sûr sans préjugés et puisant leur audace dans leur ignorance et dans leur liberté. Avec eux la chirurgie marche sans doute, mais à la manière des armées victorieuses, c'est-à-dire en laissant la voie tachée du sang de nombreuses victimes.

Je ne connais rien de plus intéressant que cette période chirurgicale ; c'est un mélange d'audace inouïe et d'inspirations brillantes. Si ces enfants perdus ont la pensée hardie, leur main l'est encore plus.

Ils voyagent de ville en ville, de royaume en royaume ; mais ces

nouveaux *périodeutes* ne franchissent plus l'espace pour s'instruire, ils battent plutôt les chemins comme les *condottieri* de cette rude époque, opérant çà et là, sans scrupule, sans contrôle, ne risquant guère leur honneur et pour cause, forcés non rarement de décamper au plus vite pour se soustraire au fer et au bâton. C'est surtout dans les provinces que s'exerçait cette singulière chevalerie errante; de temps en temps néanmoins, quelques-uns de ces coureurs passaient par les grandes villes sans s'y fixer et pour y faire seulement plus ample moisson, après quoi ils disparaissaient; on ne savait guère d'où ils étaient venus, on n'en entendait plus parler; ils étaient allés porter ailleurs sinon leurs capitaux, au moins leur industrie : c'est ce qui explique pourquoi ils n'ont pas de biographie et sont simplement désignés dans les livres de leur époque par leurs faits et gestes plus souvent que par leur nom.

Certes, je ne me ferai pas le défenseur de ces tristes praticiens et cependant, le bien sortant parfois du mal, il ne faudrait pas leur refuser certaine influence favorable sur les destinées de la chirurgie. Ils opéraient sans contredit à tort et à travers, ouvraient imprudemment des anévrysmes, crevaient quelques yeux, ne ménageaient guère le péritoine et par-ci par-là châtraient inutilement quelques pauvres hères. Certes leur probité était douteuse; ils se préoccupaient plus de gonfler leur escarcelle et d'augmenter leur trousseau que de sauver leur âme et de remplir scientifiquement le sacré sacerdoce de l'art. Mais au moins ils opéraient, ils ne perdaient pas leur temps à lutter contre les médecins à la manière des piètres compagnons de saint Côme et ne fatiguaient pas les rois et les parlements comme les barbiers des grandes villes; ils opéraient à leurs risques et périls la pierre, la cataracte, les hernies étranglées ou non; ils traitaient les fractures et les luxations pendant que les chirurgiens patentés laissaient la pratique pour devenir clercs et forts en thème, lire et réciter des chapitres d'Avicenne, résumer Guy de Chauliac ou extraire de Galien l'interminable kyrielle des onguents.

Tous les opérateurs de cette époque ne furent pourtant pas aussi vauriens ni aussi vagabonds; quelques-uns se fixant dans une ville devenaient souche d'une famille chirurgicale adonnée à une spécialité : les uns faisaient de l'autoplastie comme les Branca, de Sicile, les autres traitaient les hernies, la pierre, les maladies des voies urinaires comme les Norsini, d'autres abattaient les cataractes; le tout avec autant d'honneur que de profit. Ces hommes d'action n'écrivaient pas encore, mais leur expérience se transmettait

de génération en génération à la manière d'un héritage, et leurs préceptes ou leurs secrets communiqués à leurs descendants ou surpris d'aventure par des esprits pénétrants se répandaient peu à peu. On ne saurait contester que les Branca n'aient préparé Tagliacozzi, que les *inciseurs* n'aient inspiré Franco et que Jean des Romains n'ait *dicté* à Marianus Sanctus le fameux *Libellus Aureus*.

Paris n'avait pas d'inciseurs à proprement parler, mais les barbiers y florissaient. Ces roturiers de la chirurgie enfantèrent Ambroise Paré : c'est assez d'honneur pour leur corporation d'avoir mis au jour un pareil génie.

Ce qu'a été Ambroise Paré, ce qu'était la chirurgie à son époque, ce qu'elle devint après lui, sont autant de points que Malgaigne a développés avec un si incontestable talent que je ne saurais en parler à mon tour sans être plagiaire. Tout ce que je puis dire qui ait rapport avec le sujet que je traite, c'est que notre grand chirurgien n'eut pour ainsi dire pas de précurseurs; il n'eut guère que des contemporains tels que Franco, Thierry de Héry, Rousset, qui lui servirent presque de comparses, et des successeurs comme Pigray, Guillemeau, Thévenin, Cabrol, Habicot, Severin Pineau, J. de Marque, petits prophètes qui ajoutèrent tous quelque chose à son œuvre, continuèrent sa tradition et perpétuèrent sa gloire.

Personne n'était destiné de longtemps à recueillir l'héritage d'Ambroise Paré ; il avait été si immense pour le XVIe siècle qu'il remplit même la presque totalité du XVIIe, jusqu'au moment où une tendance nouvelle vint changer le courant des idées et les voies de la science chirurgicale.

Je dis à dessein tendance nouvelle, et non nouvelle école; avant le XVIIe siècle en effet, on n'avait guère dans les sciences que deux routes à suivre : il fallait être copiste ou compilateur, manœuvre en un mot, le labeur y suffisait; ou bien on était homme de génie, ou tout au moins doué d'une vaste intelligence, d'un immense savoir, d'un jugement solide et d'une expérience éprouvée. Le premier rôle n'allait pas à tout le monde, et quant au second : *non licet omnibus adire Corinthum;* la qualité de grand homme entraînait d'ailleurs avec elle cet inconvénient assez commun, d'être brûlé en Grève avec un cierge à la main ou de s'anémier longtemps dans les cachots orthodoxes; mais à partir du moment où l'intelligence humaine fut affranchie, où il fut permis d'être un homme supérieur sans être contraint d'être diplomate ou cafard, l'éruption de l'esprit fut immense et générale. La philosophie et la science redevinrent congénères, entrant en possession de méthodes nouvelles

qui les vulgarisaient d'une part, et de l'autre en rendaient la culture accessible à la pluralité.

Le XVIIe siècle appartient surtout aux philosophes, aux physiciens, aux chimistes et aux anatomistes; les chirurgiens suivirent le courant. Les uns se mirent à observer, à recueillir des faits comme les naturalistes, les autres à raisonner et à parler le langage de l'école comme les philosophes; toujours est-il que quiconque avait quelque idée nouvelle, put la dire et l'imprimer à son aise; aussi ne s'en fit-on pas faute. L'érudition d'ailleurs n'abandonnait pas la partie. Cette période compte donc des observateurs, des inventeurs, des érudits et des raisonneurs.

C'est ainsi que se forma une nouvelle série de petits prophètes qui précèdent de près J.-L. Petit. Je puis citer parmi les plus éminents Verduin, Bienaise, Mauriceau, Duverney, Lavauguyon, Dionis, Littre, Mery, pour m'en tenir toujours à nos compatriotes.

Nous touchons aux temps modernes : désormais plus de manuscrits perdus, plus de textes altérés par l'ignorance ou la fantaisie des copistes, tout va jouir des honneurs de la presse. Avec un peu de patience on pourra retrouver et lire la presque totalité des ouvrages publiés depuis la fin du XVe siècle. On en pourrait conclure que les périodes comprises entre Ambroise Paré et Boyer sont bien connues et qu'il sera facile de comparer J.-L. Petit et Desault à leurs prédécesseurs et à leurs contemporains; il n'en est pourtant rien. La chirurgie des XVIIe et XVIIIe siècles attend encore son historien. Le défaut de documents n'est pas la cause de cette lacune, mais bien plutôt l'embarras de richesses. Il me suffira d'en indiquer les sources nouvelles pour montrer quelle vaste étendue le champ de notre art va acquérir désormais.

Le XVIIe siècle fonda les importantes sociétés savantes qui existent encore de nos jours; en 1645 c'est la Société royale de Londres; en 1652, l'Académie des curieux de la nature; en 1666 enfin, notre Académie des sciences. C'était là autant de tribunes ouvertes libéralement aux observateurs de tous les ordres. Le temps a démontré l'utilité de ces institutions et je n'ai pas besoin de rappeler l'influence considérable que l'Académie de chirurgie eut sur notre art au XVIIIe siècle.

En 1679, un petit chirurgien de Saint-Côme, un peu maltraité par ses contemporains, mais à coup sûr homme actif et intelligent, Nicolas de Blégny, fonde une sorte de contrefaçon de l'Académie des sciences. La réunion prend le nom d'*Académie des nouvelles découvertes en médecine*, mais du même coup, idée superbe, de Blégny

crée le journalisme médical, en faisant paraître tous les mois une sorte de bulletin des travaux de la compagnie. La réunion de ces publications constitue le *Zodiacus medico-gallicus*, dont la traduction latine est beaucoup plus connue que l'original écrit en français. Ce recueil curieux cessa de paraître au bout de trois ans[1]. Cet essai doit être considéré comme un événement majeur qui inaugura en même temps la critique à courte échéance. La controverse en effet, à cette époque, se faisait presque exclusivement par une sorte de correspondance imprimée sous forme de lettres signées, anonymes ou pseudonymes, acerbes ou apologétiques et dans lesquelles, en tout cas, l'injure ou la flatterie, plus communes que l'impartialité, arrivaient à un degré que la presse périodique a quelquefois atteint mais jamais dépassé.

Je dois mentionner encore deux espèces de publications émanées des débutants ou des petits prophètes. Je veux parler des opuscules sur des points de science restreints, véritables monographies qui, depuis, se sont beaucoup multipliées; puis encore des dissertations inaugurales ou thèses, qui servaient comme aujourd'hui de couronnement aux études médicales. Sous ce rapport la France resta longtemps en arrière. Ce ne fut guère que vers la moitié du XVIII[e] siècle, après l'établissement de l'Académie de chirurgie, que les maîtres français furent admis à produire leurs chefs-d'œuvre littéraires, mais dans les universités allemandes, la coutume en était établie dès la fin du XVII[e] siècle. Les professeurs d'alors avaient-ils quelque idée originale, avaient-ils observé quelque cas curieux, découvert quelque maladie nouvelle ou quelque opération importante, ils dictaient à leurs élèves ou rédigeaient eux-mêmes une dissertation et la faisaient soutenir sous leur présidence par un jeune adepte qui prenait le rôle d'éditeur.

Enfin les travaux qui caractérisent le mieux peut-être le XVII[e] et même une partie du XVIII[e] siècle, consistent dans les recueils d'observations. Une foule d'auteurs vont mettre au jour des centuries tirées de leur pratique ou compilées çà et là, collections bien précieuses qui renferment non seulement les cas rares, mais aussi les points nouveaux et le germe de la majeure partie des découvertes modernes. L'origine des recueils d'observations est du reste antérieure au XVII[e] siècle. Il faut la faire remonter au moins jusqu'à un chirurgien de premier ordre, à Antoine Benivieni, auquel l'histoire n'a pas encore rendu toute la justice qu'il mérite. Dans tous les

1. Dezeimeris, *Dictionnaire historique de la médecine*, Art. BLEGNY.

cas, personne n'a acquis dans ce genre plus de célébrité que Fabrice de Hilden. Mais à côté de lui et au second rang, nous pourrions citer une foule de noms qui se sont rendus aussi utiles que célèbres dans cette voie : Tulpius, J. ab Meckren, Roonhuysen, Pierre Borel, Pierre de Marchettis, Félix Plater, Laforest, J. Aymar et tant d'autres ont montré ce que valait l'observation, et nous ont en même temps fourni un approvisionnement de matériaux que nous sommes loin d'avoir encore épuisés.

Pendant l'interrègne qui sépare J.-L. Petit de Desault et de Boyer, la cohorte des petits prophètes est innombrable. Dans les villes, dans les campagnes, dans les camps, ils sont partout, ils alimentent les journaux et les séances des sociétés savantes; ils publient des observations, écrivent des mémoires et des petits livres, en un mot fournissent, concis ou prolixe, le contingent de leurs idées. C'est que, grâce aux nombreux débouchés fournis aux penseurs et aux laborieux, on peut au jour le jour publier sa pensée sans qu'il soit besoin pour être lu d'une position officielle; c'est que partout les malades sont semblables et la nature identique, en vertu de quoi, en observant les uns, en méditant sur l'autre, partout on peut faire des remarques utiles, des tentatives nouvelles et heureuses.

Il me serait facile de citer plus de cent de ces petits auteurs. Haller, au siècle dernier, en a formé de longues listes; mais son œuvre n'a pas été poursuivie et de nos jours les érudits sont encore si rares que la lacune ne semble pas devoir être prochainement comblée.

Les recherches historiques, d'ailleurs, ont changé de caractère; elles ne consistent plus à grouper des noms par ordre chronologique, elles sont à la piste des faits et des idées. Aussi la tâche est devenue immense, aussi l'homme le plus laborieux ne pourrait, à lui seul, la remplir; il lui faudrait tout lire, tout analyser, les gros livres et les petits, les thèses, les journaux, les comptes rendus. L'activité et la fécondité d'un Morgagni, d'un Haller, d'un Malgaigne s'y suffiraient pas. Pourtant la difficulté ne serait pas insurmontable, si chaque pays d'abord mettait à honneur de fouiller ses archives pour en extraire le contingent scientifique, si chaque homme dévoué à la science consacrait ensuite un peu de ses loisirs à étudier quelques-uns de ses compatriotes et prédécesseurs, si enfin les travailleurs réunissant leurs efforts et leurs travaux, fondaient une société d'érudition chirurgicale qui vaudrait bien, au moins pour la grandeur du but, ces savantes compagnies qui déchiffrent les inscriptions effacées, étudient les insectes ou décrivent les cryptogames.

En attendant cette fondation utile, la Société de chirurgie peut augmenter la somme déjà grande des services qu'elle rend à la science, en se montrant sévère sur les questions d'histoire, et sous ce point de vue, les rapporteurs peuvent être très utiles à la science, car il leur serait facile, en jugeant les travaux soumis à leur examen, de rectifier partout les erreurs de textes, de dates et de faits, de faire cesser les illusions de priorité si fréquemment commises; en un mot de s'efforcer sans cesse de rendre à César ce qui lui appartient.

Je ne poursuivrai pas plus longtemps ces généralités sur les hommes que j'ai appelés : petits prophètes. J'en ai assez dit, je crois, pour indiquer clairement ma pensée; la réhabilitation des faibles et des oubliés est une tâche bien longue, et je n'ai voulu faire qu'une esquisse. Je n'ai pu qu'exprimer un désir. Au lieu de lasser votre patience par une longue énumération de noms plus ou moins obscurs, permettez-moi de citer quelques exemples pris au hasard, pour démontrer que dans les grandes questions chirurgicales, la part la *plus large* appartient presque toujours à mes protégés, tantôt inventeurs, tantôt vulgarisateurs, tantôt semant l'idée, tantôt la fécondant et trop souvent dépouillés par les maîtres du fruit de leur persévérance et de leur modeste labeur. Si je réussis à convaincre, j'aurai obtenu deux résultats : j'aurai d'abord commencé une œuvre de justice, puis j'aurai montré aux chercheurs les vraies sources fécondes de notre richesse chirurgicale.

J'entre en matière sans ordre préconçu.

Un savant étranger à la chirurgie, le Dr Christophe Wren, professeur d'anatomie à Oxford, vingt-huit ans après la publication de la grande découverte de Harvey, imagine un moyen d'injecter immédiatement dans le sang et par les veines diverses substances, afin d'en observer les effets. Dès ce moment la *chirurgie infusoire* était inventée. L'année suivante (1657), on injecta une solution de vin émétique dans les veines d'un domestique condamné à mort et qui n'en mourut point; de là à la transfusion du sang il n'y avait qu'un pas; des expériences furent faites sur des animaux par Timothée Clarck, le Dr Henschaw et Richard Lower en Angleterre; en France par le chirurgien Gayant, par Denis (de Montpellier) établi à Paris et Emmeret, son chirurgien ordinaire. En 1667, Denis rapporte deux observations bien authentiques de transfusion pratiquée sur l'homme.

Une querelle de priorité remplie d'aigreur éclatait déjà entre les Anglais et les Français, lorsqu'on retrouve dans les écrits d'André

Libavius, chimiste allemand mort en 1616, un passage où la transfusion d'homme à homme est indiquée dans les termes les plus clairs au moins dix ans avant la découverte de la circulation[1]. Libavius ne réclama pas la découverte pour lui.

On connaît les raisons qui firent tomber en discrédit cette opération importante. Tous les chirurgiens officiels et sérieux du XVIII[e] siècle n'en prononçaient pas même le nom sans horreur. Cet anathème durait encore il y a quarante ans. Cependant un médecin anglais ayant vu, en 1819, périr une femme d'hémorrhagie, osa renouveler la transfusion; il ne réussit pas, mais désormais l'arrêt du XVII[e] siècle était cassé et, quoique incertain, ce moyen a, depuis le premier essai de Blundell, rendu le souffle et la vie à plus d'un moribond. Ainsi la transfusion a été inventée plusieurs fois par des hommes obscurs. Le nom du plus ancien n'est pas même connu. Un accident malheureux et peut-être aussi quelques passions mesquines la firent abandonner; accablée sous les attaques injustes des docteurs, elle est oubliée cent cinquante ans; un petit prophète la ressuscite.

En 1710, Littre, plus anatomiste que chirurgien, dissèque un enfant mort au sixième jour des suites d'une imperforation du rectum; il propose de faire une incision au ventre, de faire venir la partie supérieure de l'intestin à la plaie, que l'on ne refermerait jamais et qui ferait la fonction d'anus. Le rédacteur de l'*Histoire de l'Académie des sciences* ajoute : « Sur cette légère idée, d'habiles chirurgiens pourront imaginer d'eux-mêmes le détail que nous supprimons. »

Or, ces habiles chirurgiens se firent attendre pendant soixante-six ans. En effet, c'est seulement en 1776 que Pillore (de Rouen), bon chirurgien mais petit prophète, ose ouvrir le cæcum d'un malade dont il prolonge ainsi la vie pendant vingt-huit jours.

Un essai tenté par Antoine Dubois en 1783 reste sans résultat; le grand maître ne juge pas même à propos de le publier. Dix ans plus tard un chirurgien du fond de la Bretagne, Duret (de Brest) obtient son premier succès ; il décrit le procédé, fixe définitivement le lieu d'élection; il est presque le fondateur de la méthode, qui sans lui serait peut-être restée longtemps encore dans l'oubli.

Le premier travail complet sur ce sujet important sort de la plume de Pierre Fine, simple chirurgien de Genève. Quelle est donc ici la part des grands maîtres? Un chirurgien dont le nom est resté

1. Voy. P.-H. Quinche, *Recherches sur la transfusion du sang*. Thèse inaug. Paris, 1858, p. 7 et suivantes.

inconnu propose à la fin du siècle dernier d'atteindre le cæcum ou le colon descendant au moyen d'une incision pratiquée dans la région lombaire gauche, sur le bord du muscle carré des lombes; Callisen rapporte ce procédé sans le revendiquer en aucune façon. C'était un grand prophète en son pays; Sabatier lui attribue la découverte; le véritable auteur de la proposition reste ignoré. Quoiqu'il en soit, la question est légèrement examinée et inexactement jugée par les maîtres de l'art; trente-neuf ans s'écoulent jusqu'au moment où Amussat, petit prophète, étudie sérieusement la méthode et met en relief ses avantages[1].

Nous avons plus d'une fois déjà noté cette erreur qui consiste à attribuer à un écrivain des découvertes dont il n'est que le narrateur; c'est ainsi qu'on a attribué à Thilenius la section du tendon d'Achille, pratiquée pour la première fois chez l'homme par un chirurgien nommé Lorenz, et à Tulpius la section du sterno-mastoïdien racontée par lui mais exécutée par Isaac Minius. Les erreurs de ce genre sont nombreuses. Le *sic vos non vobis* tristement *rappelé par* Virgile restera donc toujours une triste vérité!

Est-il nécessaire de rappeler l'histoire de la hernie étranglée, le procédé des inciseurs du XVIe siècle que Bauhin vit pratiquer par Maupas, puis celui de Franco, copié par Ambroise Paré, puis celui de Pigray. Certes les hernies se sont étranglées en tout temps, mais les savants arabes et leur doctes compilateurs, les arabistes et leur grand maître lui-même, laissaient bien mourir les pauvres patients; il en eût été ainsi longtemps encore si les chirurgiens ambulants n'y avaient mis la main et si un chirurgien obscur et pratiquant alors dans un coin de la Provence, si Franco en un mot, ne nous avait légué un procédé auquel nous n'avons pas ajouté grand'chose d'important.

Et puisqu'il est question de hernie, disons un mot de l'anus contre nature. Lorsque l'abcès stercoral est ouvert par le soin du chirurgien ou par le travail naturel, l'ouverture guérit seule ou bien elle persiste, véritable honte pour l'art et vraie torture pour le patient. Les savants membres de l'Académie de chirurgie étudient la lésion, observent la marche de la guérison spontanée sans la comprendre exactement, publient même de nombreuses observations, mais ils n'opposent aux cas rebelles que des ressources impuissantes. En 1739, un chirurgien de province, Lecat, pense le premier à une opération

1. Voir pour cet historique le savant mémoire d'Amussat, lu à l'Académie de médecine le 1er octobre 1839. Brochure de 210 pages à part, 1839.

anaplastique, la suture des lèvres de l'anus contre nature [1]. Cette idée, qui réalisait un progrès important, ne fut mise à exécution que plus tard, par Bruns, qui réussit pour quelques jours seulement [2]. Richter s'éleva assez vivement contre cette tentative, et il fallut encore un essai fait par un chirurgien obscur pour montrer la valeur de cette conception. En effet Judey réussit à fermer de la sorte un anus contre nature qui datait de quatre mois [3]. Pour assurer plus complètement l'efficacité de la suture, il fallait y joindre les manœuvres autoplastiques; c'est ce qui fut compris et exécuté par Collier, qui décolla les bords de l'ouverture avant de les coudre l'un à l'autre [4]. Enfin nous trouvons en 1819, dans la thèse de Liotard, un dernier procédé dont l'auteur est resté anonyme et qui, repris dans ces derniers temps et perfectionné par plusieurs contemporains très distingués, triomphe presqu'à coup sûr des fistules stercorales. C'est cette opération qui consiste à inciser circulairement le pourtour de l'ouverture anormale, à décoller ainsi une sorte de manchette qu'on renverse en dedans pour faire un opercule à l'orifice accidentel.

L'opération de la fistule vésico-vaginale a subi pareille destinée. Roonhuysen l'imagine et la décrit, mais ne semble pas tout d'abord trouver d'imitateurs.

Dans une consultation à laquelle assiste J.-L. Petit, un des médecins, inventeur lui-même, ou peut-être seulement au courant de la science, propose la suture dans un cas de ce genre; on la rejette à l'unanimité comme impraticable; on ne conserve même pas le nom de celui qui donnait un si bon conseil. C'est Christ. Vœlter, chirurgien wurtembergeois, c'est Fatio, médecin de Bâle, qui seuls, en 1679 et en 1752, répéteront l'opération de Roonhuysen, dont les grands chirurgiens ne s'occupaient pas et dont leurs successeurs ne s'occupèrent pas davantage jusqu'à l'époque où Lallemand, Jobert et d'autres tentèrent à nouveau de fermer la perforation vaginale.

De nos jours la cure de cette affreuse lésion a reçu des perfectionnements tels que la guérison est devenue la règle; or, ces perfectionnements sont dus à quelques praticiens modestes des États-Unis, Hayward, Marion Sims, Bozeman, précédés d'ailleurs dans un des points les plus importants du manuel par un chirurgien anglais plus

1. Sabatier, *Mémoire sur les anus contre nature*, in *Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. V, p. 592.
2. Richter, *Traité des hernies*. Traduction française de Rougemont, 1788, p. 171. Cruickshank de son côté fit une tentative analogue qui échoua également. Voir Astley Cooper, *Œuvres chirurgicales*. Traduction française, p. 267.
3. *Arch. gén. de méd.* t. I, p. 291.
4. Velpeau, *Méd. opérat.*, 2e édit., t. IV, p. 145.

obscur encore, L. Gosselt (de Londres), qui au XVIe siècle va retrouver l'autoplastie par glissement décrite dans Celse et perdue depuis le commencement de notre ère. Franco, comme l'attestent ses opérations de bec de lièvre et sa belle observation de génoplastie, le suivra dans cette route; puis Saviard, exécutant le premier l'uréthroplastie.

Vers la même époque, De Roy, chirurgien de Paris, imaginait, pour guérir une fistule du canal de Sténon, de tracer une nouvelle route à la salive en perforant la joue, idée mère d'une foule de procédés pour guérir cette lésion rebelle.

Je pourrais trouver des exemples nombreux dans l'histoire de la chirurgie réparatrice, mais en est-il de plus frappant que le suivant. Les beaux travaux de Tagliacozzi avaient été non seulement oubliés, mais encore accueillis par le doute et le sarcasme des chirurgiens du XVIIIe siècle; personne en Europe n'y songeait plus, lorsque Carpue, petit prophète s'il en fut, publia ses deux observations de rhinoplastie, point de départ d'une sorte de renaissance pour la cure des difformités les plus affreuses.

Depuis les temps les plus reculés, on opérait la cataracte par abaissement; quelques chirurgiens arabes à la vérité faisaient à la cornée une incision étroite et y introduisaient une pince pour extraire quelques fragments opaques. En 1694, Freitag répétait cette opération. On découvre enfin le siège véritable de l'opacité et on reconnait non sans peine que le cristallin opaque constitue la cataracte. Méry, en 1707, entrevoit la possibilité de l'extraction; J.-L. Petit incise même la cornée pour extraire un cristallin tombé dans la chambre antérieure; Saint-Yves l'imite, mais les choses en restent là pendant quarante ans. Alors survient Daviel, mince chirurgien de province à vie cosmopolite, tantôt soignant la peste à Marseille, tantôt chirurgien à bord d'une galère du roi et qui pourtant va doter la pratique moderne d'un de ses plus beaux fleurons.

N'allez pas croire, messieurs, que j'ai mis mon esprit et ma mémoire à la torture pour trouver ces exemples; ils se présentent en foule sous ma plume, et j'en pourrais remplir des pages entières, car ce que j'ai dit des méthodes et des procédés s'applique aussi bien aux instruments et aux machines, dont la découverte appartient souvent à des chirurgiens peu connus et même restés anonymes.

Le lithotome double de Dupuytren est bien représenté dans Tagault, qui l'a probablement tiré lui-même des Arabes ou des arabistes. On ignore le nom d'un chirurgien génois que l'historien Senarigua compare pourtant à Esculape et qui, pour pratiquer la taille, introduisait un conducteur métallique dans la vessie bien avant Jean

des Romains. L'emploi des tenettes pour extraire les calculs remonte plus haut encore. L'Anglais J. de Gaddesden serait l'auteur de cette heureuse innovation dans la lithotomie. Gattinaria invente la seringue. Morel, au siège de Besançon, improvise le tourniquet. Chamberlen imagine le forceps. Le spéculum, si à tort attribué à certains chirurgiens modernes par quelques élèves peu érudits, remonte à la plus haute antiquité; le pessaire à air, si usité aujourd'hui dans les déplacements de l'utérus et du vagin, n'est guère moins ancien, puisque Columelle parle d'un certain vétérinaire, nommé Apsyrte, qui, après avoir réduit la matrice des juments, insinuait dans la vulve une vessie vide qu'il gonflait avec un chalumeau et qu'il laissait ainsi dix jours en place après avoir posé une ligature sur le col.

Pour la thérapeutique, rappelons-nous et Coindet (de Genève) et Pravaz (de Lyon); n'oublions jamais non plus qu'une des plus splendides découvertes du XIXe siècle part d'une région bien basse. J'ai parlé de l'anesthésie.

Forcé de me restreindre, je veux terminer, messieurs, par une dernière démonstration. Vous avez tous lu le beau livre de notre secrétaire général; vous avez remarqué avec quelle profonde et quelle lumineuse critique il a écrit la partie historique; j'en vais profiter à mon tour et vous prier de récapituler avec moi la part que les petits prophètes peuvent revendiquer dans les progrès de la cure d'une maladie aussi terrible que l'anévrysme. *Ab uno disce omnes*, pourrais-je dire après cette énumération.

Rufus d'Éphèse parait être le premier qui signale l'existence de l'anévrysme, qu'on commença certainement à traiter par l'incision; mais qui eut cette témérité? personne ne le sait. Après l'incision vint l'extirpation, sur laquelle nous n'avons guère plus de renseignements. Antyllus, dont nous ne connaissons que des fragments tronqués, décrit avec une grande lucidité la méthode dite ancienne, c'est-à-dire la ligature au-dessus et au-dessous du sac, lequel est vidé ensuite du sang qu'il contient. Un des successeurs d'Antyllus se contente d'abord de lier le vaisseau à une certaine distance au-dessus de la tumeur avant d'ouvrir celle-ci et pour se mettre à l'abri de l'hémorrhagie, après quoi il fait deux nouvelles ligatures tout proche du sac; l'histoire n'a pas conservé le nom de ce novateur qui, s'il se fut borné au premier temps de son opération, eût précédé Anel de plus de treize cents ans.

Au XVIe siècle, on revient à la méthode ancienne, oubliée pendant le moyen âge comme presque toute la chirurgie efficace. Guillemeau

juge à propos cependant de supprimer la ligature inférieure; c'est dans la suite que Morel invente son tourniquet (1674), que Brossard applique le fameux agaric au fond du sac ouvert, et qu'un chirurgien anglais, Lambert, s'ingénie à faire la suture des artères blessées.

Jusqu'alors on n'avait guère opéré que des anévrysmes du pli du bras; ceux de la cuisse et du jarret étaient encore traités par l'amputation comme du reste les plaies de la fémorale. Mais, se fondant sur quelques faits heureux, Guenault et Vandenesse soutinrent à Paris, en 1742, une thèse où on proposait dans les plaies de l'artère de la cuisse de remplacer l'amputation par la ligature. Deux ans après, un chirurgien lorrain, Pierre Keyslère, tenta de guérir les anévrysmes poplités par l'ouverture du sac; sur quatre malades, trois furent sauvés. On proposa la même ressource pour les anévrysmes cruraux et Sue le jeune osa recommander la ligature de l'iliaque externe. On était arrivé au dernier quart du XVIIIe siècle; cependant depuis 1710 une nouvelle méthode avait été inaugurée par Anel, bien plus connu alors par ses beaux travaux sur la fistule lacrymale. Je n'ai pas besoin de rappeler en quoi consiste cette méthode, adoptée en 1785 par deux grands prophètes, Desault et Hunter, qui eurent l'usufruit de l'héritage glorieux qu'Anel n'a recueilli que bien longtemps après sa mort.

Mais poursuivons le cours des innovations. Pasquier, en 1812, renouvelle la double ligature au-dessus et au-dessous du sac, mais n'ouvre pas celui-ci.

Purmann avait, à la fin du XVIIe siècle, renouvelé l'extirpation de la tumeur, déjà condamnée par Antyllus.

Des empiriques de la nature de ceux dont j'ai parlé plus haut traitaient, du temps d'Ambroise Paré, les anévrysmes par les applications caustiques, pratique funeste à cette époque, mais qui de nos jours a retrouvé quelques indications entre les mains d'un de nos chirurgiens de province (Bonnet, de Lyon).

La méthode de la réfrigération se perd aussi dans les obscurités du moyen âge. Enfin l'histoire de la compression ressemble beaucoup à celle de la ligature. Avicenne le premier en parle, et on la retrouve dans Guy de Chauliac et dans un grand nombre d'ouvrages ultérieurs. La guérison de l'abbé Bourdelot, qui imagina une machine particulière pour son propre usage, lui donna beaucoup de faveur. Ce fut le point de départ d'une foule de compresseurs différents inventés pour la plupart par de petits chirurgiens: Vallant, Foubert, Arnaud, Ravaton, etc. etc, comme le furent plus tard les compresseurs indirects que les patients eux-

mêmes ont su perfectionner plus d'une fois. Mais je parle ici de la compression directe ; quant à la méthode indirecte, on en trouve l'indication précise dans les œuvres peu marquantes de Genga, de Lacharrière et de Verduc. Desault eut l'honneur d'en préciser la valeur et d'en généraliser l'emploi.

Vous savez ce que la cure des anévrysmes doit aux chirurgiens irlandais et américains, mais cependant nous ne devons pas oublier que la compression alternante, qui est le pivot de la méthode, est due à un auteur resté si obscur, que M. Broca n'a pu qu'à grand'peine retrouver son nom. J'ai tracé ailleurs l'historique de la compression digitale, je n'y reviens pas et pour terminer ce paragraphe je me contenterai de citer Guérard et Pravaz comme les promoteurs de la galvano-puncture, et aussi le même chirurgien lyonnais qui, précédé il est vrai, par Monteggia dans la méthode des injections coagulantes, n'en a pas moins le mérite d'avoir découvert le plus puissant des hémostatiques.

Que me servirait d'ailleurs de multiplier les citations, et n'ai-je pas amplement prouvé ma proposition initiale ? N'avez-vous pas vu que le progrès dans la cure des anévrysmes appartenait surtout aux petits prophètes : à Antyllus, à Keyslère, à Anel, à Brasdor, à Belmas, à Pravaz, c'est-à-dire à des hommes qui n'ont occupé à l'époque où ils ont vécu qu'un rang secondaire dans la hiérarchie chirurgicale, à des hommes qui seraient oubliés même, si la véridique et équitable histoire n'avait pris à tâche de sauver de l'oubli leur nom que la postérité devra vénérer.

Messieurs, il est temps de m'arrêter : le sujet que je traite ici n'est point de ceux qu'on épuise en une heure ; j'ai posé quelques jalons et voilà tout. Ce que je propose, c'est un vaste inventaire scientifique qui est à peine ébauché. Ceux qui suivront cette route y moissonneront les documents les plus curieux et serviront beaucoup la chirurgie. Je n'ai pas besoin de dire combien la cause de la justice y gagnera et quelle douce récompense attendra ceux qui auront travaillé à remplir cette tâche noble et désintéressée. Ils auront été équitables pour leurs prédécesseurs, on le sera sans doute pour eux, et s'ils ont fait le bien, s'ils ont trouvé par eux-mêmes quelques vérités utiles, la postérité leur en tiendra compte, car elle jugera bien que leur érudition n'a été au service d'aucune passion mauvaise, qu'elle n'a point été inspirée par le pédantisme, mais qu'elle s'est consacrée uniquement à une noble tendance moderne : la vérité dans la science.

Et si j'en excepte quelques-uns d'entre nous, servis par la fortune et leur intelligence, que sommes-nous pour la plupart, sinon de bien

petits prophètes? Combien d'entre nous laisseront une grande renommée, et qui pourrait à l'époque actuelle soutenir à lui seul le sceptre de la chirurgie?

Pourtant nous travaillons avec ferveur, nous aimons ardemment le progrès et nous reculerons les limites de notre art, si chacun apporte ici le tribut de ses veilles et le fruit de ses méditations. Oui, nous sommes de petits prophètes, mais en combinant harmonieusement nos efforts, nous construirons aussi notre édifice dans lequel s'installera la chirurgie française au XIX[e] siècle.

Rappelons-nous bien qu'avec de petits cailloux on peut construire d'immenses pyramides : c'est la qualité des matériaux, c'est le zèle des ouvriers qui font les monuments durables, plutôt que le volume des pierres ou la renommée des architectes[1].

1. J'ai exprimé plus haut (p. 4) des regrets peut-être un peu vifs sur l'abandon dans lequel on avait laissé jusqu'alors le manuscrit du troisième volume de Peyrilhe. Depuis l'époque à laquelle ce discours a été prononcé, plusieurs personnes très compétentes ont examiné avec soin ce manuscrit, et, mieux informées que celles qui m'avaient tout d'abord renseigné, m'ont affirmé que les documents qu'il renferme sont incomplets et sans grande valeur, et que notre science nationale ne gagnerait rien, loin de là, à leur publication. — A. V. 1886.

ÉTUDE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE LA COMMOTION[1]

Commotion (de *commovere; concussion*, anglais; *commozione*, italien; *Erschütterung*, allemand).

L'histoire de la commotion date de l'année 1705, où fut publiée la fameuse observation de Littre.

Un criminel se lance tête baissée contre le mur de sa prison et tombe raide mort. A l'autopsie on ne trouve à la tête ni contusion, ni tumeur, ni plaie, ni fracture; on ouvre la boîte crânienne; tout y est à l'état naturel, sauf que le cerveau ne remplit pas à beaucoup près la capacité intérieure du crâne; sa substance, aussi bien que celle du cervelet et de la moelle allongée, est à la vue et au toucher plus serrée, plus compacte que de coutume.

Cette observation, dont je n'entreprendrai pas la critique, cent fois faite déjà, a paru suffisante pour établir cette première proposition : *Qu'un ébranlement de la substance cérébrale est capable d'entraîner la mort sans produire de lésion appréciable.*

Qui peut le plus peut le moins; l'ébranlement du cerveau n'est mortel que lorsqu'il est très violent; à des degrés moindres, il suspend seulement les fonctions cérébrales pour un temps variable, au bout duquel le blessé revient à lui et recouvre plus ou moins complètement l'usage de ses organes. Tant que dure la suspension fonctionnelle du cerveau, le blessé est dit en état de commotion.

Suivant la durée et l'intensité des phénomènes, la commotion est dite *légère*, *grave* ou *très grave;* dans le premier cas elle ne laisse

1. Extrait du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1re série, t. XIX, p. 298. 1876.

aucune trace; dans le second elle donne naissance à des infirmités plus ou moins sérieuses; dans le troisième elle est suivie de mort immédiate ou ajournée, sans que le patient ait repris connaissance, et cela avec ou sans addition, pendant la survie, des symptômes propres à l'inflammation de l'encéphale ou de ses enveloppes.

Telle est, brièvement résumée, la doctrine de la commotion cérébrale, telle qu'elle a longtemps régné dans l'école, et telle que la professent encore des partisans convaincus, qui, soit dit en passant, deviennent de plus en plus rares.

Les chocs, les chutes, n'atteignent pas que le crâne et son contenu; d'autres régions, d'autres organes y sont également exposés; le mouvement a tendance à se propager au loin, l'ébranlement se dissémine et s'irradie, agitant sur sa route tout ce qu'il rencontre. Les violences extérieures portées sur des points très différents du corps, le rachis, la poitrine, l'épigastre, etc., provoquent tout aussi bien des accidents subits et graves, depuis la simple stupéfaction jusqu'à la mort inclusivement. On attribue ces phénomènes à la *commotion des viscères :* moelle épinière, cœur, foie, rein, rate, plexus solaire, etc.; on va jusqu'à admettre la commotion des os, la commotion du sang.

Les membres n'échappent point à la règle. A la suite de chocs violents et subits, de secousses fortes et de trépidations intenses, ils s'engourdissent dans une étendue plus ou moins grande; la circulation s'y ralentit, la sensibilité y devient obtuse, les muscles paresseux ou frappés d'inertie se contractent peu ou pas. Ces membres sont dits atteints de commotion, de *stupeur locale*, état indécis plus ou moins prolongé, à la suite duquel la vie fort précaire tantôt renaît et tantôt disparaît pour faire place au sphacèle.

L'ébranlement ne se limite pas toujours au lieu frappé et à ses environs; il peut atteindre le système nerveux tout entier : « Des phénomènes généraux très variés et très graves succèdent aux plaies d'armes à feu par les grands projectiles de guerre; la forme ataxique des accidents désigne suffisamment le système nerveux comme le siège principal des effets de l'ébranlement que tout le corps a subi. » Ainsi parle Delpech en 1813[1]. Remplaçons l'ébranlement total du système nerveux par la commotion du sang et nous avons l'hypothèse plus récente de Chassaignac.

Telle est la seconde phase de la question, qui peut se confondre avec la première dans une autre proposition beaucoup plus générale :

1. *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 vol., t. VI, p. 152.

L'*ébranlement d'une partie ou de la totalité d'un organe, d'une région, d'un système, peut suspendre, altérer et même abolir à jamais les fonctions locales ou générales, sans produire cependant de désorganisation dans les parties ébranlées.*

Voilà donc toute une doctrine qui, si l'on en jugeait par la netteté des affirmations produites, serait définitivement établie et devrait prendre place parmi les vérités acquises. Depuis son apparition dans la science, elle a souvent été discutée et contredite, mais toujours elle a survécu, tantôt gagnant et tantôt perdant du terrain ; elle est encore debout à l'époque présente et nous la reconnaissons sans peine dans les débats modernes sur le choc traumatique ; revenue de l'étranger sous un nouveau nom, elle n'est ni plus victorieusement combattue ni plus péremptoirement démontrée ; les choses restent sensiblement en l'état où elles étaient au commencement de ce siècle. C'est donc une question à reprendre par la base, si l'on veut être fixé une fois pour toutes sur un point aussi important.

Laissant au collaborateur chargé de décrire les lésions traumatiques de la tête le soin de discuter à fond la commotion cérébrale, je me contenterai d'examiner la proposition générale tendant à introduire dans le cadre nosologique une série d'états pathologiques caractérisés *étiologiquement* par un mouvement communiqué ou ébranlement, *symptomatologiquement* par une suspension, une altération ou une abolition fonctionnelle, *anatomiquement* enfin, par l'absence de toute lésion histologique dans les parties ébranlées.

Le problème est ainsi posé d'une façon nette, mais sa solution n'en est pas moins difficile, car il y faut faire intervenir les questions les plus délicates de la physiologie pathologique. N'ayant pas la prétention de donner le dernier mot, nous nous efforcerons au moins d'être méthodique et clair dans le débat qui va suivre et dans la critique à laquelle nous allons nous livrer. Il est tout d'abord nécessaire de préciser le sens du mot commotion, car les auteurs ne lui donnent pas toujours la même signification.

Trois faits distincts s'associent dans l'état pathologique en question : l'ébranlement, les troubles fonctionnels, l'état des organes. Or, le mot commotion a été appliqué à chacun de ces trois faits, comme le montrent les quelques citations suivantes :

Pour J.-L. Petit, la commotion est « l'ébranlement plus ou moins considérable causé dans le cerveau par une chute ou par un coup violent sur la tête ».

Delpech définit la commotion : « Un ébranlement général ou partiel du système nerveux, suite d'une chute ou d'une percussion violente. »

Nous trouvons dans le dictionnaire de Littré et Robin la définition suivante : « COMMOTION, ébranlement, secousse communiquée à un organe par un coup ou une chute sur une partie qui en est plus ou moins éloignée. »

Dans cette première acception, commotion, synonyme d'ébranlement, sert à indiquer le fait physique, la transmission du mouvement.

D'autres, au contraire, emploient le mot pour désigner les effets physiologiques de l'ébranlement ; quand un clinicien dit d'un homme qu'il est atteint de commotion cérébrale, il n'entend pas seulement par là que cet homme a fait une chute ou a reçu un coup capable d'ébranler le cerveau, mais bien qu'il présente un ensemble de symptômes imputables à l'ébranlement de la masse cérébrale. Commotion pris dans ce sens désigne, non plus la cause des phénomènes, mais ces phénomènes eux-mêmes.

Enfin M. Fano, s'écartant plus que tout autre de la donnée vulgaire, applique uniquement le mot de commotion « à cet état de l'*encéphale* caractérisé par un affaissement et une augmentation de consistance de la substance cérébrale »[1]. Commotion indique ici non plus les effets physiologiques, mais bien les résultats anatomiques.

Employer un même terme pour dénommer des choses tout à fait différentes a toujours des inconvénients, entre autres celui d'engendrer la confusion et les malentendus. Ici, par exemple, rien n'empêcherait de dire d'un homme tombé sur la tête qu'il est atteint de commotion par commotion avec commotion. En conséquence, je crois qu'il faut des appellations particulières pour chacun des trois éléments de l'état pathologique qui nous occupe.

On conserverait celui d'ébranlement pour désigner le fait physique pur, c'est-à-dire l'agitation de la matière par le mouvement communiqué.

Puis, à défaut de néologisme, du reste superflu, on nommerait, en langage médical ordinaire, les effets physiologiques et les changements anatomiques produits par cet ébranlement.

Il est d'autant plus nécessaire de séparer les trois choses qu'elles ne sont, en réalité, nullement solidaires. L'ébranlement, quoique tout à fait indéniable, n'amène dans bien des cas aucune modification dynamique ou statique appréciable dans les parties qu'il agite.

Les symptômes, quand ils existent, n'ont rien de spécial et ne

1. Commotion du cerveau, in *Mém. de la Soc. de chir.*, t. III, p. 174. Paris, 1853.

sont nullement pathognomoniques, car d'autres causes que le mouvement les font souvent naître.

Enfin, rien ne prouve encore que l'ébranlement amène dans les organes un état anatomique déterminé, assez constant, assez précis, assez reconnaissable pour nous autoriser à dire à l'inspection d'un organe qu'il est commotionné.

Si l'on doit conserver dans le cadre nosologique la commotion à titre d'entité distincte, il faut faire entrer dans la définition tout à la fois la cause et les effets anatomo-physiologiques, c'est-à-dire l'ébranlement, les troubles fonctionnels et les états organiques correspondants : triade qui seule caractérise l'état pathologique en question et peut le différencier des états morbides voisins.

Je pourrais, conformément à ces données, produire dès à présent ma définition, mais je préfère résoudre au préalable une série de questions qui rendront, je l'espère, la solution plus facile.

1. *L'ébranlement exerce-t-il une action sur nos tissus et nos organes?*

Dans le conflit incessant de notre organisme avec les corps qui l'entourent, il y a souvent rencontre brusque, choc, et naturellement transmission de mouvement. Plusieurs cas se présentent. Tantôt nos organes, en se déplaçant, heurtent des corps immobiles; tantôt, au contraire, les corps extérieurs, mus par une force quelconque, viennent nous frapper; tantôt, enfin, les deux corps, avant d'arriver au contact, sont déjà en course dans une direction semblable ou opposée.

Il y a soit un corps actif et un corps passif, soit deux corps également ou inégalement actifs. Dans tous les cas, dès qu'a lieu la rencontre, le mouvement se transmet du corps actif ou plus actif au corps passif ou le moins actif. Les premiers tendent à mettre en marche les seconds ou à arrêter leur course. Ils y parviennent plus ou moins complètement suivant qu'ils trouvent dans ces derniers plus ou moins de résistance. Dès que la résistance surgit, le mouvement se décompose : une partie s'épuise ou se transforme, l'autre reste efficace, mais toujours, à partir du point de contact pris comme centre, naissent des vibrations irradiées en sens divers qui se partagent en proportions égales ou inégales entre les deux corps, mais en agitent infailliblement les molécules.

Le choc, la propagation du mouvement, les vibrations qui en résultent provoquent, dans les corps qui les subissent, ce qu'on appelle vulgairement l'*ébranlement*.

Donc, en disant d'un corps qu'il est ébranlé, on sous-entend qu'il est animé de vibrations, d'oscillations engendrées par la lutte qui s'engage entre la résistance et le mouvement transmis.

L'ébranlement, du reste, reconnaît plusieurs mécanismes. Il est indifféremment produit par des mouvements centripètes ou centrifuges, c'est-à-dire par des propulsions ou des tractions soudaines et brusques, uniques ou multiples, et, dans ce dernier cas, se succédant rapidement sous forme de chocs réitérés dans le même sens ou de secousses alternatives en sens opposé.

Les vibrations, quelle que soit leur cause génératrice, amènent, dans la constitution intime des corps, certains changements qui portent sur l'arrangement de leurs molécules; celles-ci tendent alternativement à se rapprocher et à se disjoindre, et la masse totale du corps ébranlé passe ainsi par des phases successives de condensation et d'expansion; si l'ébranlement n'est pas trop énergique, si les vibrations ne sont pas trop étendues, eu égard au degré de cohésion des molécules entre elles, les déplacements moléculaires ne portent aucune atteinte sérieuse ni durable à l'intégrité de la matière, et se contentent de lui donner des propriétés nouvelles comme, par exemple, la production du son dans les corps sonores.

Dès que la cause de l'ébranlement a cessé, les vibrations vont en diminuant, l'agitation de la matière se calme plus ou moins vite, et bientôt tout rentre dans l'état primitif, c'est-à-dire dans ce qu'on appelle le repos.

Si, au contraire, l'ébranlement est trop violent ou trop prolongé et les vibrations trop amples, les condensations ou expansions moléculaires peuvent devenir permanentes, et l'on constate, dans la masse ébranlée, des pénétrations réciproques ou des solutions de continuité qui en changent inévitablement la texture et les propriétés.

Tous ces faits ont été minutieusement étudiés et démontrés par les physiciens expérimentant sur les corps bruts. A la vérité, les physiologistes n'ont point institué d'expériences semblables sur la matière organisée et vivante; mais, comme nous savons cette matière, d'une part, soumise aux lois physiques générales, et, de l'autre, douée d'attributs spéciaux, nous pouvons admettre que *l'ébranlement de nos tissus et organes s'accompagne de vibrations plus ou moins semblables à celles qu'on observe dans les corps inanimés.*

2. *Les vibrations amènent-elles dans nos tissus et organes des changements de propriétés ou de texture?*

La matière organisée, du moment qu'elle vibre, se raréfie et se

condense alternativement ; sans nul doute ses molécules tendent à se disjoindre et à se rapprocher. L'ampleur, l'étendue, la forme des ondes vibratoires, sont, il est vrai, mal connues, mais le raisonnement indique, *a priori*, qu'elles sont en rapport avec les qualités du mouvement initial, intensité, vitesse, etc., et celles des tissus bons ou mauvais conducteurs de ce mouvement.

Dans un organe composé de plusieurs tissus ou de parties hétérogènes gazeuses, liquides, solides, l'ébranlement ne saurait agiter uniformément toutes les fractions de la masse.

Dans une région où sont juxtaposés ou superposés plusieurs organes, la propagation et la distribution du mouvement varient certainement d'un point à l'autre du trajet vibratoire, suivant le poids, la masse, la densité, la fixité des organes mis en branle. Il faut surtout tenir compte de ces dispositions protectrices qui n'existent pas dans les corps bruts, que nous cherchons à réaliser dans la construction des machines industrielles, véritables organismes inanimés, et qui sont si libéralement réparties dans l'économie vivante.

Certes, des expériences spéciales seraient nécessaires pour confirmer ces hypothèses, mais en attendant qu'elles soient instituées, nous sommes en droit de dire que *les vibrations de l'ébranlement modifient dynamiquement et statiquement nos tissus et organes vivants*, que ces vibrations sont simplement modificatrices ou destructrices, suivant leur intensité, que les effets produits par elles sont passagers, prolongés, ou durables, suivant l'état anatomique qu'elles provoquent, et suivant que la puissance réparatrice propre à la matière vivante s'exerce ou fait défaut.

3. *Les changements dynamiques et statiques survenus dans la matière organisée vivante par suite de son ébranlement sont-ils toujours reconnaissables ?*

Non, et cela tient à plusieurs causes.

D'abord ils sont parfois trop légers et trop passagers. Nous savons bien que les corps sonores, ces réactifs par excellence du mouvement vibratoire, ne résonnent qu'autant que les vibrations sont assez étendues, assez prolongées, assez nombreuses dans un temps donné. Faute d'atteindre un minimum déterminé, elles ne se traduisent pas, bien qu'elles existent. La matière organisée est dans le même cas.

Il faut avouer, du reste, que nous manquons, pour apprécier ses changements, de procédés suffisamment délicats, comparables à ceux dont se servent les physiciens.

D'ailleurs, si les changements sont appréciables dans quelques-uns de nos tissus et organes, ils nous échappent complètement dans les autres, de beaucoup les plus nombreux. Nous reviendrons plus loin sur ce point, mais disons dès à présent que, si nous pouvons décrire tant bien que mal l'ébranlement du cerveau, du cœur, des systèmes nerveux, musculaire et vasculaire, nous savons bien peu de chose, sinon rien, sur celui des autres viscères, des membranes, des os, des humeurs, etc., malgré ce qu'en ont dit nos prédécesseurs.

Ajoutons enfin que l'organisme est en possession d'une propriété d'ordre général très précieuse pour assurer l'accomplissement des fonctions, mais qui, dans le cas spécial qui nous occupe, est capable de dissimuler les modifications dynamiques, surtout quand elles sont faibles. Je veux parler de la *suppléance physiologique*, conséquence naturelle de la pluralité des agents destinés à remplir un même usage.

Un organe est le plus souvent composé d'une agglomération de parties similaires qui, sans doute, peuvent agir simultanément, mais possèdent aussi une indépendance réelle qu'on observe en particulier dans les organes pairs. Que sous l'influence d'une cause quelconque une portion du tout fonctionne trop ou cesse de fonctionner, les autres fractions se reposent ou redoublent d'activité; alors l'équilibre physiologique n'est point troublé, et les modifications dynamiques partielles passent inaperçues. Ce qui me porte à croire qu'il en est ainsi dans maints cas de commotion, c'est que la suppléance susdite s'exerce incessamment, lors même que les organes sont le siège de lésions profondes et parfois assez étendues.

Donc, *les changements dynamiques et statiques sont méconnaissables dans un grand nombre de cas.*

4. *Quand les changements sont appréciables, quels signes peuvent les traduire?*

Ces signes sont de deux ordres: modifications dans les propriétés élémentaires, usages et fonctions, c'est-à-dire signes physiologiques ou symptômes; modifications dans la texture et les rapports réciproques des éléments anatomiques, tissus et organes, c'est-à-dire signes anatomiques ou histologiques.

Donc, pour connaître les effets d'un ébranlement on enregistrera, avec la plus minutieuse attention, toutes les modifications fonctionnelles et tous les changements matériels survenus dans les parties directement ébranlées et même dans le reste de l'économie, quitte à rechercher ensuite si ces modifications et changements sont impu-

tables aux vibrations simples ou à quelque autre cause associée ou surajoutée.

Avant d'aborder l'exposition des signes physiologiques et anatomiques, nous demandons à présenter quelques remarques préalables.

D'autres ont étudié déjà la commotion, soit générale, soit limitée à certains organes; mais ils ont procédé, à notre avis, d'une façon défectueuse. Ayant remarqué à la suite de chocs ou de chutes sur différentes parties du corps, tête, rachis, thorax, épigastre, etc., l'apparition d'accidents plus ou moins graves, ils ont cherché à en connaître l'origine et le mode de production. Cliniciens et expérimentateurs se sont mis à l'œuvre; les premiers ont noté, avec plus ou moins de soin, les phénomènes observés pendant la vie et l'état anatomique des parties après la mort; les seconds, ayant reproduit plus ou moins exactement sur les animaux les violences accidentellement subies par l'homme, ont également énuméré les effets physiologiques et anatomiques. Dans les deux cas et pendant la vie, ils observèrent des troubles fonctionnels; mais à l'autopsie, tantôt ils trouvèrent des lésions expliquant les symptômes et tantôt constatèrent ou crurent constater l'intégrité anatomique complète des organes.

Alors ils rangèrent ces faits discordants en deux groupes: le premier, comprenant les cas où les lésions rendaient compte des symptômes, fut reporté dans le cadre général de la pathologie, ce qui fait qu'on ne s'en occupa plus; le second, au contraire, renfermait les faits paradoxaux où la nécropsie était muette; en bonne logique, ce groupe devait recevoir un nom particulier; on en fit l'entité commotion et l'on attribua, sans autre forme de procès, les troubles fonctionnels à l'ébranlement pur et simple des parties.

Cette solution, on en conviendra, était commode, mais tout à fait illusoire; elle n'expliquait pas pourquoi, avec des symptômes identiques sur le vivant, il y avait tantôt intégrité et tantôt désorganisation des parties; elle ajournait jusqu'à l'heure de l'autopsie le diagnostic exact et le rendait tout à fait impossible dans les cas, assez nombreux heureusement, où, malgré l'apparition de troubles fonctionnels plus ou moins graves, le blessé revenait à la santé.

Avec une doctrine aussi vague, nous avons, avec nos maîtres, maintes fois commis au lit du malade les erreurs suivantes :

Un blessé arrive peu de temps après une chute sur la tête; il est sans connaissance, en résolution complète, le choc a été très violent, il existe une fracture du crâne et tout porte à croire que le

cerveau est profondément lésé. Nous portons un pronostic très grave. Quelques heures après, les symptômes se dissipent et la guérison s'effectue sans encombre; agréablement surpris, nous changeons notre diagnostic et nous nous rabattons sur la simple commotion cérébrale. Mais un autre blessé survient dans le même état de résolution musculaire et d'inertie cérébrale; le lendemain tout est dissipé, toutes les fonctions ont repris leur cours; cette fois nous affirmons d'emblée la commotion simple. Deux ou trois jours après survient l'encéphalite, et à l'autopsie nous découvrons, malgré la bénignité apparente des premiers symptômes, des désordres considérables dans la masse encéphalique. Un troisième blessé vient de tomber d'un lieu élevé; il est mort quelques instants après. Qui de nous oserait avant l'autopsie se prononcer sur l'état de la masse cérébrale et dire à l'avance qu'elle est contuse ou qu'elle a été simplement commotionnée ?

Les cliniciens méritent en ceci le reproche d'avoir fait une pétition de principes en considérant le prompt rétablissement fonctionnel comme une preuve de l'intégrité anatomique des organes et l'existence de lésions matérielles comme une cause inévitable de troubles physiologiques sérieux et durables. La pathologie tout entière proteste contre de telles assertions.

Et si nous notons que de toutes les commotions celle du cerveau est la plus connue, la mieux étudiée, on conçoit sans peine que devant une telle insuffisance de preuves quelques auteurs recommandables aient nié purement et simplement l'affection susdite et même la commotion en général.

Les expériences de laboratoire, auxquelles du moins le contrôle *post mortem* ne fait point défaut, sont-elles absolument concluantes ? Je me permettrai de le contester.

Les unes d'abord sont fort incomplètes et manquent de détails suffisants, soit sous le rapport des phénomènes observés avant l'autopsie, soit en ce qui concerne les constatations anatomiques. Dans les cas où les animaux sont morts, on omet souvent de nous dire pourquoi et comment, quel organe ou quel appareil a le premier suspendu son action. La cessation de la vie a été rapportée à la syncope le plus souvent; mais, dans certains cas, le cœur a longtemps continué à battre, et il ne saurait être mis en cause quand l'animal a survécu plusieurs heures. D'autres ont cherché l'origine des accidents dans le bulbe rachidien, dans les nerfs pneumogastriques, alors même que la direction du mouvement excluait l'idée de leur ébranlement direct. Nous trouvons dans la science des opinions

éclectiques, mais nulle part de théorie bien assise, capable de mettre un terme à tous les doutes.

L'exploration anatomique n'a pas toujours été poussée assez loin. Non seulement après les chutes ou les chocs sur la tête on n'a pas toujours ouvert le canal rachidien, même dans la région du bulbe, mais en proclamant l'intégrité des organes, on a fréquemment négligé d'en faire l'examen histologique, et par cette seule raison les vivisections un peu anciennes perdent presque toute leur valeur.

Je ne parle que pour mémoire des expériences un peu puériles de Gama sur des matras de verre remplis de gélatine; elles prouvent simplement un fait que nul ne songe à contester, à savoir la propagation du mouvement dans les organes percutés, mais n'explique en rien les phénomènes observés pendant la vie.

J'accorde que nous possédons quelques expériences mieux conçues et plus exactement décrites; je citerai celles de MM. Fano, Beck, Goltz, celles surtout de M. Vulpian; mais je leur reproche encore d'avoir abordé le problème par ses côtés les plus difficiles et dans les conditions les plus complexes.

J'ai dit plus haut que lorsqu'on heurte une région assez violemment pour être sûr que l'ébranlement agite tous les organes qui s'y trouvent, il en peut résulter un ensemble de phénomènes dont chaque organe en particulier peut réclamer sa part. Un coup porté sur la nuque peut ébranler non seulement la boîte crânienne, mais encore le bulbe rachidien, la protubérance annulaire, l'origine du pneumogastrique et jusqu'aux hémisphères cérébraux. Tout en respectant l'intégrité anatomique de ces organes nerveux, il peut assurément, en agissant sur leurs vaisseaux, modifier leur circulation, y provoquer l'ischémie ou l'hyperémie. Or, j'affirme que jusqu'à ce jour on n'a point assez tenu compte de tous ces éléments du problème et qu'on a conclu trop vite après une enquête trop sommaire.

Il n'y a, pour sortir de cette impasse, qu'une voie à suivre, celle d'une analyse très minutieuse et très patiente. Il faudrait, à défaut d'expériences directes, malheureusement très difficiles, sur les éléments anatomiques, examiner au moins les effets de l'ébranlement sur les tissus, puis sur les organes, puis sur les appareils et régions. En possession de ces données primaires, on pourrait aborder l'étude de la commotion partielle ou générale, avec quelque espoir d'en comprendre la pathogénie et de la reconnaître sur le vivant.

Cette marche me paraît inattaquable, et j'ajoute que déjà nous sommes en possession de quelques notions vulgaires et instructives qu'il suffirait de réunir et d'accroître pour arriver à un résultat

encourageant. Peut-être aussi à ceux qui voudraient dans la suite approfondir le sujet, pourrait-on donner le conseil d'étudier surtout la physiologie pathologique avec les observations sur l'homme vivant et l'anatomie pathologique, fût-elle négative, à l'aide d'expériences sur les animaux. Les deux méthodes d'informations, loin de s'exclure, sont ici également nécessaires et appelées à se compléter.

En effet, sur tous les symptômes subjectifs, sur toutes les sensations que fait naître l'ébranlement, les vivisections nous renseignent mal; elles ne nous révèlent que les accidents graves. D'autre part, chez l'homme, en cas de survie ou de guérison, nous ignorons ce qui s'est passé à la suite de l'ébranlement, et en cas de mort, l'autopsie étant pratiquée trop tardivement, certains désordres passagers peuvent très aisément nous échapper; nous ne pouvons réellement connaître les effets légers et fugaces de l'ébranlement qu'en sacrifiant les animaux commotionnés à tous les degrés.

Mais je termine ici critiques et remarques, pour aborder enfin la description des indices physiologiques de l'ébranlement.

Les phénomènes devront être recherchés, d'abord, au lieu d'application de la violence, c'est-à-dire au point où a eu lieu le choc, la chute, la percussion, la contraction. En ce point ils seront dis *phénomènes locaux*.

On appellera *phénomènes à distance* ceux qu'on observe plus ou moins loin du point de contact primitif des corps mis en présence. L'arrêt des battements du cœur après un coup reçu sur la nuque, les troubles cérébraux survenus après une chute sur les pieds, sont des phénomènes à distance.

Mais, parmi ceux-ci, il faudra faire une distinction fort utile et tenir compte de la direction primitive du mouvement. Je m'explique. Lorsqu'à la suite d'une chute sur les pieds surviennent des signes de commotion cérébrale, on admet avec raison que le cerveau a été *directement* ébranlé par le mouvement transmis de bas en haut et en ligne droite.

Mais quand le choc a porté sur la nuque, perpendiculairement à l'axe du cou, et qu'à la suite on constate l'arrêt des battements du cœur, les contractions de l'estomac amenant le vomissement ou le relâchement du sphincter vésical laissant échapper l'urine, on ne saurait guère attribuer ces phénomènes à l'action directe du mouvement qui a dû se propager dans le sens horizontal et dont les vibrations n'ont certainement pas ébranlé les organes thoraciques, abdominaux et pelviens. Ici il faut reconnaître aux symptômes une *cause indirecte*.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Symptômes et signes de la commotion. — Ils varient naturellement suivant l'organe ébranlé; on comprend en effet que chaque tissu ressente et manifeste à sa manière les vibrations qui l'agitent.

J'ai déjà dit que certaines parties étaient muettes, telles, par exemple, les os, les cartilages, les ligaments, etc., dont on ne saurait décrire ni l'excitation ni l'inertie. D'autres organes au contraire traduisent en signes plus ou moins clairs l'ébranlement moléculaire. L'intelligence sera modifiée, s'il s'agit du cerveau, et les fonctions sensorielles, vue, audition, si l'œil ou l'oreille sont atteints. L'hyperesthésie, l'anesthésie, les convulsions, la paralysie, suivront la commotion des nerfs sensitifs et moteurs. Les diverses variétés de fibres musculaires excitées ou paralysées amèneront des troubles fonctionnels dans les organes à la composition desquels ils concourent. Ici, le spasme, la contracture, l'accélération des mouvements; là, le relâchement, la parésie des sphincters, la dilatation passive des réservoirs et conduits, la rareté et la faiblesse des contractions. Les phénomènes dépendant de l'action augmentée ou diminuée des fibres lisses sont très évidents et très importants dans l'appareil vasculaire, où ils produisent l'hyperémie ou l'ischémie. Dans les parenchymes glandulaires, les fonctions sécrétoires, y compris l'excrétion, seront sans doute modifiées en plus ou en moins, quantitativement et peut-être qualitativement, etc.

Si, dès à présent, on enregistrait *toutes* les modifications fonctionnelles observées au lit du malade ou dans les laboratoires de physiologie, à la suite de l'ébranlement partiel ou général, la liste serait déjà longue, mais elle s'accroîtra davantage encore lorsqu'on aura recueilli plus de faits cliniques, et multiplié les expériences relatives à la commotion organique.

Quelle que soit la diversité extrême des phénomènes, il est peut-être permis et possible d'en simplifier l'étude en leur assignant pour origine commune l'ébranlement du système nerveux central ou périphérique et de ses nombreux districts.

Cette tentative de généralisation n'est pas nouvelle, puisque Delpech l'avait déjà formulée, sans la développer toutefois. Aujourd'hui elle est soutenable, ou du moins rien ne vient la contredire absolument.

L'hypothèse en question expliquerait aisément les phénomènes nerveux proprement dits : l'excitation et la dépression intellectuelles, les modifications des sensibilités sensorielle ou générale; les troubles de la contraction musculaire, spasmes, convulsions ou paralysies, seraient mis sur le compte des nerfs moteurs, au moins jusqu'à démonstration plus claire des effets directs de l'ébranlement sur les fibres lisses ou striées. L'hyperémie et l'ischémie seraient sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs, et les modifications des sécrétions elles-mêmes dépendraient des changements survenus dans la circulation et l'innervation des glandes. Mais revenons à la description des symptômes.

D'après l'opinion générale, la commotion d'un organe serait essentiellement caractérisée par une suspension, une altération ou une abolition des fonctions de cet organe, ce qui reviendrait à dire que l'ébranlement exerce toujours une action hyposthénisante ou dépressive. Or il y a là une erreur manifeste.

Les vibrations, comme d'autres agents capables de modifier *les propriétés* organiques, provoquent tout aussi bien des phénomènes de stimulation que des phénomènes d'inertie. Les preuves abondent.

D'abord l'ébranlement est perçu dans un grand nombre de cas; j'accorde que les sensations qu'il fait naître sont souvent légères, fugaces, un peu confuses, que l'on n'a pas pris toujours le soin de les observer et surtout de les décrire avec précision, mais elles n'en existent pas moins. Quand nous montons un cheval dur, quand nous voyageons en chemin de fer, quand nous entrons dans un atelier où de grandes machines sont en mouvement, nous éprouvons des sensations plus ou moins désagréables, évidemment dues aux vibrations communiquées, aux secousses imprimées à nos organes; instinctivement nous prenons pour éviter ou amoindrir ces sensations diverses des précautions ayant précisément pour but de décomposer le mouvement et d'atténuer l'ébranlement. A cheval nous trottons à l'anglaise, en chemin de fer nous prenons certaines attitudes, nous choisissons de préférence certains wagons et dans ceux-ci certaines places. A elle seule cette propension à fuir l'ébranlement prouve que notre appareil sensitif en est excité, puisqu'il le perçoit.

Nous pouvons d'ailleurs citer des exemples plus connus. Un coup sur l'œil ou les parties voisines, front ou tempes, fait naître des impressions lumineuses : on voit trente-six chandelles, comme dit le vulgaire; le même choc transmis au nerf auditif provoque des tintements d'oreille; la main appliquée sur une cloche qui résonne, sur

une grosse corde qui vibre, perçoit très nettement le mouvement ondulatoire qui l'agite à son tour. Le réveil est évidemment dû à une excitation, à une remise en activité de l'encéphale ; or nous secouons brusquement et vivement un homme endormi pour le tirer de sa torpeur.

Les effets stimulants de l'ébranlement ne sont pas moins manifestes pour les fibres musculaires striées ou lisses. On sait que dans certaines maladies une percussion linéaire, même à travers la peau sur un muscle tendu, provoque une contraction circonscrite au point frappé. Pareil phénomène s'observe parfois chez des sujets bien portants. Tout le monde connaît les expériences de Gubler, démontrant la possibilité de faire contracter les veines sous-cutanées en percutant un peu vivement le dos de la main (*Société de Biologie*, mai 1849).

Dans les expériences si intéressantes de Vulpian (*Société de Biologie*, 1863) les phénomènes d'excitation ne sont pas moins évidents.

A la vérité, les phénomènes opposés sont plus manifestes ou du moins ont été plus remarqués. Ils consistent dans la suspension incomplète ou complète, passagère ou prolongée, de l'activité fonctionnelle, en d'autres termes, dans l'apparition de paralysies sensitives ou musculaires, de dilatations vasculaires, de troubles sécrétoires, etc.

Bien que le fait ne soit pas contesté, nous en rappelerons quelques exemples. On sait déjà que dans les chutes ou les chocs sur la tête l'ébranlement du cerveau donne lieu à l'étourdissement, à l'hébétement, à la perte de connaissance ; que l'on voit survenir en même temps l'arrêt des mouvements respiratoires, le ralentissement des mouvements du cœur, la résolution partielle ou générale des membres, les évacuations involontaires. On sait que le lutteur, pour étourdir son adversaire, lui saisit la tête à laquelle il imprime des secousses rapides et répétées.

Hors de la sphère encéphalique, on observe dans des régions circonscrites des phénomènes du même ordre que tout le monde connaît. On tient d'une main une pièce de fer ou de bois, placée su une enclume et sur laquelle on frappe avec un marteau ; si le coup est porté à faux, il en résulte un engourdissement subit de la main et de l'avant-bras, et parfois du bras tout entier. Une chute sur l'épaule ou sur le grand trochanter peut momentanément paralyse tout un membre. Les blessés qui ont eu un os fracturé par une ball racontent que pendant un temps plus ou moins long le membre leu

a paru pesant et engourdi, ou même tout à fait paralysé à la fois du sentiment et du mouvement. Si les percussions oculaires ou péri-orbitaires font naître tout d'abord des perceptions lumineuses, bientôt après elles obscurcissent la vision.

Tout cela est si connu qu'il n'est pas besoin d'y insister.

Mais ici surgit une question de nomenclature. L'ébranlement donnant naissance à deux ordres de phénomèmes opposés, faut-il considérer ces séries contraires comme des formes de la même affection et les distinguer seulement par un adjectif qualificatif; admettre par conséquent une commotion *excitatrice* et une commotion *suspensive*, ou bien, quitte à créer un titre spécial pour la première forme, réserver pour la seconde le terme de commotion? Cette dernière solution aurait l'avantage d'être conforme à l'usage reçu, mais elle séparerait en revanche des choses qui dans la nature sont étroitement unies. Je crois donc préférable de décrire deux variétés de commotion et de m'appesantir principalement sur celle qui, beaucoup plus que l'autre, rentre dans le cadre pathologique.

Il dépend ordinairement de la durée ou de l'intensité de l'ébranlement que la commotion soit excitatrice ou dépressive; la première est produite par les vibrations légères et fugaces; la seconde par les chocs violents et réitérés.

La règle est que la commotion excitatrice précède la commotion dépressive, mais il y a des exceptions.

Tantôt tout se borne à une excitation, qui n'est suivie d'aucun phénomène de paralysie; tantôt au contraire la suspension fonctionnelle est si prompte, si subite, qu'elle naît ou du moins paraît naître d'emblée; tantôt enfin, quoique fort rarement, la succession des phénomènes est renversée; l'abolition ouvre la marche, l'excitation lui succède. C'est ce qui arrive quand un nerf superficiel, le *cubital*, par exemple, est percuté. Les premiers effets sont l'engourdissement ou la perte de sensibilité et la résolution musculaire, mais ils sont bientôt suivis de picotements, d'élancements, et même d'hyperesthésie très marquée.

La date d'apparition des phénomènes est variable. On pourrait croire que, les vibrations se développant d'une manière instantanée à la suite d'un choc, les effets physiologiques doivent instantanément apparaître. Il n'en est rien. Dans les expériences de Vulpian, à la suite d'une percussion assez forte de la partie postérieure du crâne, on voit survenir sur-le-champ un spasme convulsif de tous les muscles des membres et un arrêt complet des mouvements respiratoires; mais le cœur pendant quelques secondes semble indifférent

à l'ébranlement; trois ou quatre minutes s'écoulent avant que le ralentissement et la faiblesse de ses contractions atteignent leur maximum. A l'état tétanique et à l'agitation convulsive des muscles succèdent la résolution et l'immobilité, mais la substitution exige un certain temps, quelquefois une ou plusieurs minutes. Ces différences s'expliquent assez bien. Tous les tissus à peu près réagissent sous le coup des vibrations, puis rentrent dans le repos quand celles-ci ont pris fin. Mais la réaction est plus ou moins prompte à se produire et d'autre part l'action commencée peut survivre plus ou moins longtemps à la cause provocatrice ; nous pouvons citer à l'appui de ces assertions l'exemple des différents nerfs et des deux genres de fibres contractiles. Les nerfs rachidiens et craniens transmettent sans retard les impressions centripètes et centrifuges, d'où l'instantanéité des phénomènes. Dans les nerfs sympathiques au contraire, la marche de l'influx nerveux est infiniment plus lente, d'où le retard souvent très notable dans les manifestations. Même remarque pour les muscles striés, qui se contractent ou se relâchent en quelques secondes, tandis que les fibres-cellules, plus paresseuses à l'action, ont en revanche la contraction plus durable, et voilà pourquoi la même commotion envahit d'abord les muscles respirateurs, et plus tard seulement le muscle cardiaque.

Ces réserves faites, il est vrai que d'une manière générale les effets physiologiques de l'ébranlement se montrent rapidement et acquièrent vite leur maximum d'intensité.

Cette affirmation est nécessaire pour combattre une opinion très répandue, qui consiste à admettre des manifestations tardives de la commotion. D'après les auteurs, l'ébranlement, tout d'abord sans retentissement notable, provoquerait ultérieurement des troubles plus ou moins graves : lésions inflammatoires ou organiques, altérations de la nutrition, etc. Nous examinerons plus loin ces assertions, mais dès à présent nous les contestons formellement.

Les phénomènes d'excitation et de dépression fonctionnelles présentent des degrés; ils sont légers et passagers, ou violents et durables. On admet généralement, pour la dépression du moins, la gradation suivante : affaiblissement, diminution, perversion, suspension, abolition des propriétés organiques, et ces termes paraissant fort clairs, on se dispense de les définir. Ici encore, quelques explications sont nécessaires. La simple diminution est acceptable sans commentaires; l'étourdissement passager, l'hébétement cérébral l'engourdissement des membres, la paresse des muscles, le ralentissement des pulsations cardiaques, sont indéniables. La suspension

complète ne l'est pas moins, car on observe souvent la perte de connaissance, l'insensibilité absolue, la résolution musculaire totale, etc. Mais il en est autrement de l'abolition. A la vérité, elle n'est qu'une suspension prolongée, de même que cette dernière n'est qu'une abolition temporaire, et pourtant ces deux termes ne sont pas synonymes; car, si pendant un temps plus ou moins long les deux phénomènes peuvent être confondus, ou difficiles à distinguer, l'erreur ne saurait être de bien longue durée. En cas de suspension pure et simple, les propriétés organiques ne tardent pas à reparaître, tandis qu'elles sont définitivement anéanties en cas d'abolition : or j'affirme que la commotion peut bien suspendre le fonctionnement, mais non le détruire à jamais, car dans ce dernier cas, ce n'est pas à la commotion que l'on a affaire, mais à un tout autre genre d'affection.

On m'objectera sans doute que l'ébranlement purement modificateur est si bien capable d'abolir les fonctions dans le sens littéral du mot, qu'il peut entraîner la mort. Je l'accorde parfaitement, et je donnerai même plus loin l'explication du fait. Néanmoins je continue à prétendre que si la commotion simple, en des cas déterminés, peut modifier certaines fonctions, jusqu'à la mort inclusivement, elle ne peut, pour la pluralité des organes, qu'amener la suspension plus ou moins prolongée et non l'abolition véritable. Jamais, en particulier, elle ne sera source d'infirmités, de paralysies partielles ou incomplètes, comme l'avancent les auteurs classiques.

Durée. — De tout ce qui précède, il résulte que la durée des phénomènes, comme l'époque de leur apparition, varie infiniment suivant la violence de l'ébranlement, le genre des organes ébranlés et la nature des symptômes.

L'excitation, qu'elle soit initiale ou consécutive, passe vite ordinairement, sauf peut-être dans les muscles striés ou lisses. Il en est de même pour la dépression fonctionnelle quand elle est légère. La perte de connaissance, très commune à la suite des chutes ou des chocs, ne se prolonge pas souvent au delà de quelques minutes.

La durée totale d'une commotion, stimulation et suspension comprises, se mesure par le temps écoulé entre l'apparition des symptômes et le retour complet des parties ébranlées à l'état naturel. Ce retour est généralement facile à apprécier dans les organes qui agissent ouvertement et dont le fonctionnement peut être aisément constaté. Ainsi on peut s'assurer du rétablissement intégral de la respiration, de la circulation, des mouvements volontaires, de la

sensibilité sensorielle et générale. Chez l'homme même sérieusement blessé, la restitution intellectuelle se reconnaît sans trop de peine. En revanche, nous jugeons mal l'état des fonctions viscérales, des circulations locales, de l'ischémie et de l'hyperémie profondes.

Les observations sur l'homme montrent que le rétablissement est parfois assez tardif après les grandes secousses; de leur côté les expériences sur les animaux prouvent que, sans lésions manifestes, les troubles physiologiques ne se dissipent parfois qu'avec lenteur. On peut donc admettre que la commotion même simple et bénigne peut entraîner une incapacité fonctionnelle assez prolongée.

Toutefois, un trop grand retard dans le retour à la normale doit toujours nous faire soupçonner l'addition à l'ébranlement de lésions cachées, c'est-à-dire l'association aux vibrations modificatrices de vibrations destructives, et nous faire porter le pronostic en conséquence.

Il est un dernier point assez obscur et sur lequel les physiologistes devraient fixer leur attention. Il s'agit de la succession des phénomènes opposés de la commotion. J'ai dit tout à l'heure que d'ordinaire la marche était ouverte par l'excitation bientôt suivie par la dépression fonctionnelle. La théorie généralement acceptée jusqu'ici pour expliquer la substitution d'un état à l'autre est celle de la *fatigue*.

Dans le fonctionnement normal, nos organes passent alternativement par les deux phases nécessaires de l'activité et du repos. Plus la première aura été grande, plus le second sera profond. Action et réaction égales, telle sera la loi. Dans cette conception, la stimulation serait la cause unique des phénomènes vitaux : il lui suffirait de varier en intensité, en durée, pour faire marcher ou arrêter la machine vivante. Le repos n'aurait pas d'agent particulier. Or, depuis quelques années, on voit poindre une autre interprétation. Je fais allusion à l'existence des nerfs d'arrêt, lesquels possèderaient en propre le pouvoir de suspendre l'activité organique sans stimulation préalable. Et notez bien qu'il ne s'agit pas là d'une hypothèse gratuitement étudiée pour les besoins d'une cause que personne, *a priori*, ne songeait à défendre, mais de faits expérimentaux constatés, pour ainsi dire, sans préméditation aucune. Je ne puis ici discuter longuement la doctrine nouvelle, mais je ne puis m'empêcher de croire qu'elle jouera quelque jour un rôle important dans la théorie générale de la commotion.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous touchons au point le plus controversé de la question.

Dans la théorie classique, la commotion n'a point d'anatomie pathologique, car les modifications qu'elle entraîne étant purement dynamiques, ne s'accompagnent d'aucune lésion matérielle appréciable.

Cependant, avec les physiciens, nous admettrons que l'ébranlement, sans détruire la texture des corps, en change temporairement l'état statique, que les vibrations condensent ou raréfient, en un mot, déplacent au moins les molécules, que la matière organisée n'échappe point à la loi générale.

Avec les physiologistes, nous affirmons que tout changement dans les propriétés, usages ou fonctions, implique un changement correspondant dans la composition chimique, dans la constitution histologique ou dans les connexions anatomiques des éléments, tissus ou organes.

Partant de là, nous refusons de reconnaître une commotion *sine materia*, et nous devons nous efforcer de montrer comment est matériellement changé l'état des organes commotionnés.

Nous pourrions à la rigueur, imitant quelques-uns de nos devanciers, équivoquer sur le terme *lésion appréciable* et supposer que, si l'ébranlement n'amène pas de lésions évidentes, macroscopiques, comme celles de la contusion, par exemple, il peut cependant produire des dégâts très circonscrits, capables ainsi de se soustraire à nos regards. Qui sait si la suspension fonctionnelle, dans laquelle le système nerveux joue un si grand rôle, ne serait pas due à une disjonction inter-élémentaire, à un écartement des cellules nerveuses, à une coagulation de la myéline, à la rupture du cylindre axe, etc.? Certes, tous les degrés de la diérèse traumatique étant possibles, l'hypothèse est acceptable, vraisemblable même, mais en attendant qu'elle soit démontrée ou infirmée par l'exploration microscopique des parties ébranlées, il faut raisonner comme si ces désordres problématiques n'existaient pas.

Tout se réduit en somme à examiner avec attention l'état anatomique des parties commotionnées, à voir s'il est oui ou non normal et, dans ce dernier cas, à déterminer l'appellation qui convient aux changements survenus.

L'état anatomique en question est réputé négatif, et cependant ceux-là mêmes qui l'affirment se donnent un démenti. On sait que dans la fameuse autopsie de Littre on trouva le cerveau diminué de volume, tassé, condensé, plus ferme que d'ordinaire; voilà bien une modification appréciable, quels que soient le nom qu'on lui donne et l'explication qu'on en fournisse. Le tassement des molécules cérébrales, qu'on pourrait attribuer à la vacuité des vaisseaux, à l'ischémie, a été contesté, il est vrai; mais en revanche on a noté dans d'autres cas cliniques et dans certaines expériences sur les animaux des phénomèmes visibles dans la circulation des parties ébranlées. Dans deux expériences de M. Fano, dans une expertise médico-légale de Bayard, « la substance cérébrale était comme piquetée et sablée de sang... en coupant par tranches les hémisphères, on voyait sourdre des sections un nombre considérable de gouttelettes sanguines ». Il y avait donc hyperémie évidente et par conséquent paralysie des vaisseaux.

La décoloration subite des téguments, la pâleur extrême du visage, ont été notées chez l'homme commotionné. C'est un indice d'ischémie.

La percussion réitérée de l'épigastre, qui arrête les battements du cœur, provoque au bout d'un certain temps l'hyperémie des vaisseaux de la région frappée.

Vulpian a maintes fois noté ces modifications vasculaires. Il parle « d'une congestion assez vive des parties qui ont reçu le choc, d'une réduction notable du volume du cœur et plus tard d'une amplitude considérable des diastoles... pendant la réduction de la masse cardiaque, les divers vaisseaux des membranes interdigitales et de la peau des parois latérales du tronc, la veine médiane sous-péritonéale et les vaisseaux mésentériques ne contiennent qu'une très faible quantité de sang; plus tard, quand le cœur se développe, ces vaisseaux plus ou moins exsangues deviennent plus apparents qu'à l'état normal... En général, ajoute Vulpian, il m'a semblé que le sang dans ces divers points de l'appareil circulatoire, offrait en ce moment une coloration moins vive que dans l'état normal, comme s'il y avait eu afflux et pénétration d'une grande quantité de sérosité dans les capillaires. »

Immédiatement après le choc et pendant quelque temps ensuite les muscles sont spasmodiquement contracturés ou sont le siège de contractions fibrillaires, de tressaillements; plus tard, ils sont dans le relâchement complet. Or ces états opposés sont parfaitement appréciables. On aurait donc grand tort de nier les changements ma-

tériels visibles et tangibles que la commotion excitatrice ou dépressive amène dans les tissus et organes, et de croire que l'examen direct ne conduit à aucun résultat.

Mais, dira-t-on, il ne s'agit pas là de *lésions* véritables. Je suis le premier à le reconnaître, car j'attache à ce mot un sens précis. Sans prévoir alors que j'évoquerais plus tard ce sens, j'écrivais il y a quelques années : « *La lésion doit être soigneusement distinguée des changements temporaires souvent très notables qui résultent du fonctionnement des organes* » (Voy. dans le *Dictionnaire encyclopédique* l'article Lésions). Plus que jamais j'insiste aujourd'hui sur cette proposition, c'est-à-dire sur les différences qu'on constate dans le muscle, suivant qu'il est contracté ou relâché ; dans le parenchyme glandulaire, suivant qu'il sécrète ou non ; dans le réseau capillaire, suivant qu'il est plein ou vide ; en un mot, dans tous les organes, suivant qu'ils sont en activité ou en repos. Ces différences matérielles fort appréciables n'ont pas, à la vérité, reçu de nom particulier, mais tout le monde les connaît, les admet, les décrit, et s'il était possible d'assimiler les modifications anatomiques produites par l'ébranlement simple des organes à celles qu'entraînent normalement l'activité ou le repos, nous pourrions mettre d'accord la théorie classique de la commotion avec les lois de la physique et de la physiologie, et proposer enfin la définition suivante :

Commotion. *Série de phénomènes plus ou moins soudains, succédant à un ébranlement mécanique des éléments anatomiques, tissus et organes, caractérisés par l'excitation ou la dépression temporaires des propriétés, usages ou fonctions des parties ébranlées, et y provoquant des changements anatomiques semblables à ceux qu'on observe normalement dans les phases successives d'activité ou de repos fonctionnels.*

Cette théorie de la commotion me semble avoir pour avantage : 1° d'établir définitivement et clairement l'existence d'une affection spéciale que toutes les négations n'ont jamais pu faire rayer du cadre nosographique ; 2° de lui assigner dans ce cadre une place déterminée ; 3° de lui donner des caractères précis à l'aide desquels on pourra la reconnaître et la séparer des affections voisines ayant de commun avec elle la cause ou les symptômes ; 4° d'expliquer d'une manière satisfaisante la plupart des phénomènes qu'on observe dans les organes ou régions ébranlés ; 5° d'indiquer enfin la voie que devront suivre ceux qui, dans l'avenir, chercheront à compléter cette étude par les observations cliniques ou les recherches expérimentales.

La commotion ainsi comprise ne sera plus rangée dans l'ordre des lésions traumatiques, puisque la diérèse y fait défaut; on cessera d'en faire le premier degré de la contusion, puisque celle-ci a pour caractère essentiel la solution de continuité. Elle se rapprochera, par ses effets, de cette grande classe de phénomènes de stimulation ou de dépression fonctionnelles causées par le froid, les émotions morales, les agents médicamenteux, les excès physiologiques, etc., mais s'en distinguera par sa cause constante : l'ébranlement mécanique préalable par agitation vibratoire des molécules organiques.

Si la théorie en question facilite l'étude de la commotion, je n'entends pas dire par là qu'elle en dissipe toutes les obscurités : celles-ci sont encore nombreuses, surtout au point de vue pratique : c'est pourquoi j'ajouterai aux pages qui précèdent quelques remarques sur les complications, le diagnostic, le pronostic et le traitement; enfin je dirai quelques mots des commotions viscérales en particulier.

COMPLICATIONS

Elles sont primitives ou consécutives. La complication primitive consiste dans la production de solutions de continuité circonscrites dans la masse totale de la partie ébranlée. On comprend très bien leur formation; des vibrations qui agitent ces corps, les unes peuvent être purement modificatrices, les autres destructives. Quand on frappe violemment sur une cloche de façon à la fêler, toute la masse vibre et cependant ne tombe pas en poussière. C'est seulement en un point qu'a lieu la disjonction des molécules, la fissure. De même dans nos organes, et surtout dans une région, l'ébranlement, bien qu'uniformément répandu, peut stimuler en un point, déprimer dans un autre, et, dans un troisième enfin, détruire à jamais la structure et les propriétés organiques.

L'action destructive sera surtout à craindre au point d'application de la violence : aussi rien de plus commun que d'observer une contusion au lieu frappé et une simple commotion sur le trajet ultérieur ou plus profond du mouvement. Cependant le contraire peut avoir lieu. La partie directement heurtée résiste et ne souffre aucun dommage; les vibrations poursuivant leur cours rencontrent un tissu plus délicat et y produisent la diérèse.

L'inégalité de résistance des parties qui constituent une région complexe peut avoir une autre conséquence qu'il importe de signaler.

On frappe violemment la tête d'un animal : le crâne résiste, la masse encéphalique tient bon, l'un et l'autre ne font que vibrer, mais les vaisseaux se rompent, une hémorrhagie survient dans la région du bulbe; il en résulte soit une compression, soit une ischémie subite de ce dernier, et l'on voit soudain apparaître des phénomènes qu'on rapporte à tort à une lésion matérielle du bulbe lui-même.

Dans plusieurs cas de stupeur locale des membres, j'ai observé l'abolition simultanée de la circulation et de la calorification, de la sensibilité et du mouvement; on aurait pu croire que les nerfs, ainsi que les gros vaisseaux, étaient rompus quand ils n'étaient, en réalité, que comprimés par un épanchement sanguin logé dans les interstices conjonctifs. La résorption de l'épanchement, parfois aussi quelques débridements, faisaient renaître rapidement les fonctions qui n'étaient que suspendues[1].

On a souvent parlé de complications plus ou moins tardives de la commotion : inflammations, paralysies limitées, perversions sensorielles ou psychiques diverses, etc. Certains sujets, à la suite d'une chute sur la tête, tombent dans l'état de commotion et y restent un certain temps, deux ou trois jours, ou plus encore. Ils finissent par en sortir, mais l'intégrité physiologique n'est pas récupérée tout entière; certaines fonctions sont pour très longtemps, sinon à jamais détruites, ou moins affaiblies ou dérangées.

Les choses se passent un peu différemment chez d'autres; à la suite d'un ébranlement violent ils perdent connaissance et présentent tous les indices de la commotion générale : cet état se dissipe rapidement, les blessés se réveillent, se relèvent et peuvent même regagner leur demeure; on peut croire que tout est fini, mais quelques jours après se montrent tout d'un coup ou progressivement des troubles variés dans la motilité, la sensibilité, l'intelligence et les fonctions de nutrition. Ces faits ont été observés, d'une manière spéciale, à la suite des collisions de chemins de fer et attribués à un ébranlement de l'axe cérébro-spinal. Je les accepte naturellement comme des cas cliniques intéressants, mais non comme des exemples de commotion primitive simple. J'affirme que l'ébranlement a été partiellement destructeur, qu'il a produit des lésions d'abord latentes qui, plus tard seulement, se sont manifestées par les symptômes attribués à tort à la seule commotion.

1. Je citerai plus loin (*Appendice* à la *Contusion*), un fait de ce genre.

DIAGNOSTIC

Nous pensons avoir mis hors de doute, au point de vue théorique, l'existence de la commotion; mais cette démonstration resterait à peu près stérile en pratique, si nous n'indiquions pas les moyens de reconnaître et de distinguer l'affection susdite au lit du malade, soit avant l'autopsie, soit dans les cas où la guérison s'effectue. Or, nous devons avouer qu'ici les difficultés sont grandes et souvent insurmontables. Cela tient à plusieurs causes et, en particulier, à l'absence des relations constantes entre les symptômes observés après l'ébranlement et l'état anatomique que peut engendrer cette cause mécanique, ou, en d'autres termes, à l'impossibilité où nous sommes de distinguer par leurs effets les vibrations modificatrices des modifications destructives.

Trois sources d'informations servent à poser le diagnostic immédiat d'une affection quelconque : l'étiologie, la symptomatologie, l'inspection directe de la partie affectée. Or, l'embarras est extrême, si l'une et à plus forte raison si deux de ces informations nous manquent, ce qui est par malheur assez fréquent.

La commotion s'accomplissant dans l'intimité des organes, hors de la portée de nos yeux, l'inspection anatomique nous est naturellement interdite. La cause de son côté nous est souvent inconnue. On nous amène un sujet qui, à la suite d'une chute, d'une percussion, d'une secousse violente, est en état apparent de commotion, mais nous ignorons les circonstances précises de l'accident, et souvent nous reconnaissons un peu plus tard qu'il s'agissait simplement d'un ivrogne ou d'un épileptique chez lequel la chute, la percussion, doivent être mises hors de cause. Ce qui accroît l'incertitude, c'est l'inconstance des effets de la cause. Dans un certain nombre de cas où l'ébranlement est absolument indéniable, les troubles fonctionnels sont nuls. Que de fois nous voyons des blessés atteints de fractures du crâne, de contusions violentes de l'abdomen ou de la poitrine, et qui jouissent de toutes leurs facultés, et chez lesquels au moins pendant un certain temps toutes les fonctions s'accomplissent comme si rien n'était survenu! Je me rappellerai toujours les cas suivants, dont j'ai été témoin :

Je rencontrai un soir dans la rue un groupe de jeunes gens fort égayés par des libations abondantes et qui luttaient pour s'amuser.

L'un d'eux marchait en titubant lorsque son camarade lui passa sa canne entre les jambes. Il tomba à la renverse comme une masse, et la région occipitale, mal protégée par une casquette, porta sur le trottoir; j'entendis de la manière la plus nette le fameux bruit de *pot fêlé*. Je crus ce malheureux assommé sur le coup et je me disposais à aller à son secours, quand je le vis se relever à l'instant même et reprendre sa marche en riant aux éclats. Je le suivis par curiosité pendant plus de cinq minutes, et constatai qu'il n'était ni plus ni moins chancelant qu'avant sa chute.

J'assistais un jour de ma fenêtre au défilé d'un escadron de cavalerie qui revenait au grand trot d'une revue. Un officier, pour gagner la tête de sa colonne, piqua des deux. En rasant le trottoir, le cheval s'abattit et le malheureux cavalier fut projeté de telle façon qu'il tomba comme une masse sur tout le côté droit du corps dans l'angle formé par le trottoir et le mur de la maison attenante. La vue de cette chute me fit pâlir et presque perdre connaissance. Le jeune homme, au contraire, rebondit comme une balle, se lança à la poursuite de son cheval, le rejoignit bientôt et l'enfourcha comme s'il eût été dans un manège. Je le suivis des yeux sans le voir un instant perdre l'équilibre.

Dans les expériences sur les animaux, il faut souvent répéter les percussions et frapper le crâne dans une direction donnée pour produire la commotion cérébrale. Les premiers coups, quoique violents, restent sans effet, et d'ordinaire on n'obtient rien quand on heurte la région frontale. Dans ces cas, cependant, les hémisphères cérébraux sont indubitablement ébranlés. Dans les chocs portant sur les parties latérales, il est certain qu'un seul hémisphère doit être agité ou qu'il doit l'être plus que l'autre. Néanmoins, dans les nombreuses observations ou expériences dont j'ai lu le récit, j'ai à peine vu notée l'hémiplégie passagère. En invoquant ces faits je n'entends pas nier l'action de l'ébranlement, mais rappeler seulement qu'elle a des caprices dont nous connaissons mal les causes.

En résumé, nous n'avons guère pour porter le diagnostic que la somme des troubles physiologiques. Malheureusement ceux-ci ne sont nullement pathognomoniques, car la stimulation et la suspension fonctionnelles sont produites par une foule de causes autres que le mouvement communiqué, lesquelles causes peuvent s'associer et, en réalité, s'associent souvent à l'ébranlement. Je puis citer surtout la douleur et l'émotion morale, si communément associées à la violence dans les accidents ordinaires.

On me permettra de citer quelques exemples. J'assistai il y a plusieurs années à un duel à l'épée. Après quelques passes, l'un des combattants reçut un coup en pleine poitrine. Il chancela et tomba sans connaissance. Nous le crûmes gravement atteint, car il y avait résolution absolue des membres, syncope complète, pâleur extrême du visage, etc. Nous ne découvrîmes cependant qu'une toute petite plaie située au-dessus du mamelon droit, et qui pénétrait à peine à 2 centimètres dans le grand pectoral, fort épais en ce point. Les phénomènes se dissipèrent au bout de dix à douze minutes, et les suites démontrèrent la bénignité extrême de la blessure. Le blessé, d'ailleurs fort brave et qui avait eu sur le terrain très bonne contenance, nous raconta plus tard que l'épée ne lui avait causé aucune douleur, mais que la pénétration de la lame avait fait naître en lui une sensation indéfinissable avec obscurcissement de la vue, vertige, le tout bientôt suivi de défaillance. Il n'est pas besoin de dire que l'ébranlement, au sens littéral du mot, avait été nul.

J'ai vu l'émotion produire les mêmes effets dans un cas où la blessure n'avait pas même été perçue. Pendant le siège de Paris, quatre jeunes gens maniaient des revolvers dans une chambre étroite. Un coup partit inopinément. Personne ne se crut atteint et l'on chercha partout au plafond et dans les murs où la balle s'était logée. Quelques instants après l'un des jeunes gens s'aperçut que sa blouse était en feu au niveau du flanc gauche ; il s'évanouit subitement. Ses camarades éteignirent le vêtement, déshabillèrent le blessé, et virent à la chemise du sang et à la peau une petite plaie. Je fus mandé sur-le-champ. L'état syncopal avait duré près de vingt minutes, et je trouvai le jeune homme réveillé, mais pâle et tremblant. La balle avait labouré les couches sous-cutanées dans l'étendue de $0^m,12$. J'en fis aisément l'extraction à l'aide d'une petite incision. L'accident n'eut aucune suite, mais le blessé resta tout le jour mal à l'aise.

Il n'est pas rare de voir les phénomènes de la commotion survenir au complet à la suite de blessures de certaines régions ou de certains organes, accompagnées de douleurs très vives ou de sensations particulières. Cela a été noté à la suite de pressions sur le testicule. L'opération de l'hydrocèle, bien que fort supportable, fait quelquefois tomber en syncope des hommes très vigoureux et très résolus. J'ai observé récemment un cas de ce genre.

Les percussions sur l'épigastre produisent des effets analogues, et l'on pourrait en dire autant de maintes blessures de l'abdomen.

Pendant les événements de juin 1848, on apporta à l'hôpital

Saint-Louis un jeune mobile qu'on croyait mort. Il était tombé subitement devant une barricade; on l'avait relevé, placé sur un brancard et transporté sur-le-champ; tout cela avait demandé environ une demi-heure. La respiration et le pouls étaient encore appréciables, mais très faibles; nous nous mîmes en quête de sa blessure, mais l'examen fut tout à fait négatif : nulle plaie, nulle trace de contusion. Après avoir soigneusement examiné le corps, nous fîmes l'inspection des vêtements, qui ne nous apprit rien de plus. C'est par hasard que nous regardâmes le sabre, qui avait été détaché et placé sur le brancard à côté du corps; or, nous vîmes très distinctement sur la large plaque en cuivre du ceinturon l'empreinte récente et non équivoque d'une balle qui s'y était aplatie. Évidemment nous avions sous les yeux un exemple de commotion épigastrique. Les phénomènes se dissipèrent assez lentement et le retour à l'état normal ne fut complet que vers le soir.

[J'ai récemment observé (février 1886) un cas de commotion épigastrique dans des conditions d'ailleurs tout à fait spéciales, car le sujet était dans un sommeil anesthésique profond.

Il s'agissait d'un enfant de douze ans, affecté d'un volumineux kyste hydatique du foie. Voulant le traiter par le procédé du gros trocart et de la sonde élastique à demeure, je lui fis administrer le chloroforme. La résolution facilement obtenue, les inhalations furent suspendues. Alors, pour assurer le diagnostic, je ponctionnai d'abord la tumeur avec l'aiguille Dieulafoy; dès qu'une certaine quantité de liquide limpide se fut montrée dans la seringue, et que la nature de la tumeur fut ainsi clairement établie, j'arrêtai l'aspiration et me mis en devoir de plonger dans la poche le gros trocart de dix millimètres de diamètre.

Comme j'avais négligé à tort de pratiquer une petite incision à la peau, il me fallut, pour faire pénétrer brusquement l'instrument, employer une assez grande force; d'où une secousse assez violente imprimée à la paroi abdominale, à la limite de l'épigastre et de l'hypochondre droit.

Or, à peine la ponction était-elle faite, que l'aide qui avait administré le chloroforme, continuant à surveiller l'opéré, annonça la disparition subite du pouls et la cessation des mouvements respiratoires, cessation que nous reconnûmes sans difficulté nous même à l'immobilité de la région épigastrique.

Il y avait à la fois syncope cardiaque et syncope respiratoire.

Il nous fallut pratiquer la flagellation, la titillation du larynx et

la respiration artificielle pendant quatre à cinq longues minutes, pour rétablir la circulation et la respiration.]

J'ai encore constaté la perte de connaissance avec ralentissement extrême de la respiration et de l'action cardiaque, chez un blessé que j'ai pu examiner quelques minutes après son accident, parce qu'il demeurait dans ma maison. Il s'était blessé de la manière la plus malheureuse avec un instrument aigu et tranchant (mèche de charpentier), qui, pénétrant dans le pli fémoro-fessier, était arrivé jusque dans le petit bassin, coupant dans son trajet l'uretère et la veine iliaque externe et ouvrant le péritoine.

Cet homme, plein d'énergie, après avoir retiré lui-même le corps vulnérant, avait pu monter un étage, puis, rencontrant le concierge de la maison, lui avait annoncé qu'il venait de se blesser. A peine avait-il dit ces mots que, tournant sur lui-même, il s'était évanoui et en tombant sur l'occiput s'y était fait une plaie contuse. Quelques minutes plus tard j'étais auprès de lui et le trouvai encore en syncope. Il y resta plus d'un grand quart d'heure. Revenu à lui, il accusa une sensation indéfinissable de malaise dans tout le bas-ventre; il mourut quelques jours plus tard d'une péritonite causée par l'hémorrhagie veineuse et l'écoulement de l'urine dans le petit bassin.

Ce fait est fort important pour le diagnostic, car, si nous avions été moins fidèlement renseigné sur les circonstances exactes de l'accident, nous aurions pu croire à une commotion passagère due à la chute sur l'occiput et à l'ébranlement cérébral.

La multiplicité des causes capables d'amener la suspension des fonctions capitales empêchera longtemps encore de porter avec assurance au lit du malade le diagnostic de commotion simple. Je citerai encore un fait bien propre à commander la réserve.

On m'apporta le mois dernier à l'hôpital de la Pitié une femme âgée qui la veille était tombée dans un escalier; le front avait porté sur le bord d'une marche et présentait les traces d'une contusion légère. La pauvre vieille s'était relevée tant bien que mal sans aide et avait regagné toute seule sa mansarde située à deux étages plus haut. Là elle avait perdu connaissance. Attirés par le bruit de la chute, les voisins étaient venus et l'avaient placée sur son lit; elle avait repris ses sens dix minutes après. On l'apporta à l'hôpital le soir et je la vis le lendemain matin; elle n'accusait qu'un peu de courbature et de céphalalgie; son intelligence était fort nette, le pouls et la respiration naturels, les mouvements et la sen-

sibilité intacts. Je diagnostiquai une commotion cérébrale passagère, mais le lendemain l'ecchymose oculo-palpébrale bilatérale m'annonçait des lésions assez sérieuses du côté de la boîte cranienne et dès lors ne me permettait plus d'affirmer l'intégrité complète des parties profondes.

J'ai cité tous ces exemples pour montrer combien il peut être difficile, en cas d'accidents suivis de ce qu'on appelle la commotion légère, de faire la part exacte de chacun des facteurs capables d'amener la suspension fonctionnelle. On a cru dans ces derniers temps se tirer d'embarras en admettant le fameux *choc traumatique*, mais à mon sens on n'a rien résolu et l'on n'a fait que reculer la difficulté sans grand profit.

Les troubles fonctionnels consécutifs à l'ébranlement sont si peu caractéristiques, qu'ils sont le plus souvent incapables de nous faire distinguer la commotion de la contusion, si celle-ci n'est pas trop forte. En effet, tous les jours nous avons sous les yeux le tableau classique de la commotion cérébrale tel qu'il a été tracé par nos anciens maîtres, mais plus nous allons et moins nous trouvons d'autopsies vraiment négatives quant aux lésions anatomiques.

Reste à la vérité les cas légers, la commotion passagère; le rétablissement des fonctions est si rapide, si complet, qu'en bonne logique on ne peut croire à des désordres sérieux; mais la pathologie interne nous met en garde contre l'illusion possible; que d'attaques d'apoplexie, que d'épanchements circonscrits avec rupture évidente, réputés simple congestion cérébrale parce qu'ils n'entraînent que des troubles passagers, dont la durée n'atteint pas même celle de nos commotions traumatiques!

Il faut toujours avoir présent à l'esprit cette vérité que, si l'apparition des troubles physiologiques, stimulation, dépression ou perversion, implique absolument l'existence de modifications matérielles, lésions ou changements anatomiques simples, la réciproque est loin d'être vraie, et que maintes fois ces changements, ces lésions, peuvent exister sans se traduire d'aucune manière. On a parlé de *lésions inappréciables*, mais que ne pourrait-on pas dire avec autant de raison sur les *symptômes inappréciables!* La latence des lésions ne va pas au delà de la vie; la mort survenant, on les trouve quand on les cherche bien; mais avec cette mort cessent la symptomatologie et tous les phénomènes dynamiques qui ont échappé à l'observation première.

Toutes les difficultés du diagnostic de la commotion se comprennent au simple énoncé des propositions suivantes :

Les effets des vibrations sont passagers; ils ne sont nullement pathognomoniques, étant également produits par l'ébranlement simple, par les émotions morales, par la douleur vive, par certaines sensations spéciales et même par l'ébranlement destructeur. Dans ce dernier cas, les phénomènes observés n'ont pas de signification plus précise, puisqu'il n'existe malheureusement aucune relation constante entre les symptômes et l'état anatomique des organes ébranlés; — puisque, lors même qu'il y a lésion évidente, les symptômes peuvent manquer en apparence ou en réalité, masqués qu'ils sont par la suppléance physiologique et aussi par la facilité souvent très grande avec laquelle l'organisme répare le désordre léger de ses tissus.

PRONOSTIC

Les classiques, comme nous l'avons déjà dit, ont attribué à la commotion tous les effets possibles, depuis la simple diminution fonctionnelle, engourdissement, hébétement, vertige, affaiblissement musculaire, défaillance, jusqu'à la mort instantanée, c'est-à-dire tous lés degrés imaginables de gravité, et, pour en faciliter l'étude, ils ont admis trois formes :

1° Commotion légère, passagère, ne laissant aucune trace;

2° Commotion forte, durable, entraînant à sa suite des infirmités plus ou moins grandes et persistantes;

3° Commotion foudroyante, tuant en quelques heures, quelques minutes ou même quelques secondes.

La gravité leur a paru surtout en rapport avec la violence de l'ébranlement. Nous ne pouvons plus accepter ces divisions. Déjà nous avons rejeté du cadre de la commotion les cas où l'ébranlement laisse à sa suite des troubles prolongés et persistants, en un mot, des infirmités. Nous sommes convaincus que, en pareil cas, il y a erreur de diagnostic et méconnaissance de lésions véritables associées à l'ébranlement simple.

Nous retenons seulement la commotion légère, passagère, et la commotion mortelle.

La première nous semble démontrée par l'observation; sa bénignité est évidente et se comprend, puisqu'il ne s'agit, en somme que d'une stimulation ou d'une dépression fonctionnelles. Les troubles survenus dans les organes non essentiels à la vie ne sauraient avoir de conséquences sérieuses; il en résulte ici une hyper

esthésie ou une analgésie passagère, là un spasme ou un relâchement musculaire sans gravité; ailleurs une ischémie de peu d'importance. Fussent-ils même un peu prolongés, la mise en action intempestive ou le repos violent imposé ne sont pas dangereux, car au bout de quelque temps tout rentre dans les conditions anatomiques et physiologiques normales.

Mais cette bénignité si manifeste est-elle constante et admissible pour toutes les parties du corps indifféremment? L'excitation et la suspension fonctionnelles sont-elles toujours innocentes, ou bien l'ébranlement même simple de certains organes est-il capable d'entraîner la mort? Je crois qu'il faut répondre à cette dernière question par l'affirmative.

J'accorde que la commotion, exempte de complications, est fort rarement mortelle; que le plus souvent les violences les plus considérables, seules capables de la produire, engendrent simultanément des lésions manifestes; que la plupart des faits cliniques et des expériences invoquées à l'appui sont fort contestables; mais toutes ces réserves ne m'empêchent pas d'admettre l'immense danger qui résulte de la suppression de certains actes indispensables à la vie, dût cette suppression ne durer que quelques instants.

Tout le monde admet la mort rapide par syncope, par arrêt des mouvements du cœur en systole ou en diastole; par spasme de la glotte; par contracture ou paralysie généralisée à tous les muscles respiratoires; par ischémie ou hyperémie cérébrales. Or, étant démontré que l'ébranlement est capable de contracter ou de relâcher certains muscles, de vider ou de remplir certains districts vasculaires, d'accroître ou d'anéantir l'action de certains nerfs, tout fait prévoir qu'en exerçant sa puissance sur les organes de la respiration ou de la circulation, il sera susceptible d'entraîner la mort prompte.

De tout ceci nous pouvons conclure que la commotion, sans gravité pour certains tissus et organes, entraîne, au contraire, un pronostic fort grave quand elle porte sur le cœur, les poumons et les parties de l'encéphale ou du système nerveux périphérique qui tiennent sous leur dépendance directe ou indirecte les fonctions cardio-pulmonaires. Ainsi se trouvent aisément expliquées les dissidences qui ont régné jusqu'ici sur le pronostic de la commotion.

A ce propos nous trouvons dans le mémoire de Vulpian un paragraphe fort intéressant que je crois utile de reproduire ici :

« Chez la grenouille, dit-il, l'arrêt des mouvements cardiaques ne dure que quelques minutes et il en est sans doute ainsi chez les mammifères; mais chez cette même grenouille la suspension des

mouvements respiratoires se prolonge pendant une demi-heure ou une heure, et si ce phénomène n'a pas chez elle la mort comme conséquence inévitable, c'est grâce à l'activité si grande de sa respiration cutanée. Or, chez un mammifère frappé d'une violente commotion, si la mort n'arrive pas par arrêt des mouvements du cœur, on comprend qu'elle soit le résultat nécessaire d'une interruption des mouvements respiratoires pendant plus de deux ou trois minutes. C'est là, suivant toute vraisemblance, le mécanisme de la mort subite déterminée par commotion cérébrale. »

TRAITEMENT

La thérapeutique de la commotion se ressent du vague qui règne dans la détermination et la délimitation de cet état pathologique. Commotion étant en quelque sorte synonyme d'abolition fonctionnelle ou d'inertie organique, on recommande naturellement l'emploi des stimulants internes et externes capables de réveiller l'activité engourdie ou suspendue. Les excitations extérieures de toutes sortes sont d'abord mises en usage. Plus tard, dans la crainte de désordres secondaires provoqués par l'ébranlement : congestions, inflammations, etc., on préconise les émissions sanguines locales et la révulsion sous toutes ses formes.

La théorie qui consiste à considérer la commotion comme la mise en activité ou en non-activité forcée des propriétés, usages et fonctions, présente, à mon avis, cet avantage de fournir des indications thérapeutiques plus rationnelles; elle commande de provoquer la stimulation ou la sédation, suivant que la commotion est dépressive ou excitatrice, et même d'associer les deux ordres de moyens dans les commotions régionnaires où les deux genres de troubles fonctionnels se trouvent réunis; elle fait comprendre la réussite de l'expectation pure, quand ces troubles sont légers et susceptibles de se dissiper spontanément, et aussi les inconvénients de l'intervention, si la stimulation et la sédation sont appliquées à contretemps; il suffit pour justifier cette dernière proposition de rappeler les dangers de la saignée, qu'on pratiquait jadis si libéralement après les grandes commotions.

Il me semble qu'on pourrait élucider cet important problème thérapeutique par l'expérimentation : il suffirait de mettre artificiellement des animaux en état de commotion de moyen degré et

d'essayer sur eux les applications externes, froid ou chaud, les injections hypodermiques excitantes et sédatives, l'électricité par les courants continus ou interrompus, etc., et de voir s'il est possible ainsi de prolonger ou d'abréger la durée des phénomènes, d'éteindre ou de ranimer la vie en suspens, en un mot de rendre la commotion plus grave ou plus bénigne. Nous signalons aux physiologistes cette série de recherches, dans la conviction qu'elle ne saurait être stérile.

Nous ne nous sommes occupés que de l'ébranlement subit et violent; il y aurait certainement lieu d'étudier les conséquences que peut entraîner l'ébranlement plus faible, mais souvent répété. La stimulation et la contre-stimulation réitérées sont vraisemblablement capables de modifier à la longue la texture, et partant les propriétés des organes, ceux-ci ne pouvant impunément ni se passer d'un repos nécessaire, ni subir une inaction trop prolongée. Mais sur ce point nous manquons de documents. Certains médecins ont prétendu que la trépidation à laquelle sont soumis les mécaniciens et chauffeurs de locomotive engendre des troubles particuliers; mais d'autres praticiens non moins recommandables ont absolument contesté le fait, de sorte que nous ne pouvons rien affirmer à cet égard.

COMMOTION VISCÉRALE

Nous avons dit au commencement de cet article que les auteurs avaient étendu la théorie de la commotion cérébrale à la plupart des autres organes, et surtout aux grands viscères. On a parlé de la commotion du foie, des reins, de la rate, de l'œil, des os, et du sang lui-même.

Laugier, dans un article consacré à l'étude générale de la question (*Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VIII, p. 773, 1868), s'occupe de ces diverses variétés, et semble les admettre, non sans de nombreuses restrictions, réserves et contradictions.

« Le foie, dit-il, suspendu dans la cavité de l'abdomen, est, par sa masse, son poids, sa texture, exposé à la commotion. Cependant on ne pourrait en tracer l'histoire, en indiquer les suites et les accidents que par analogie. On peut supposer qu'ils consisteront dans l'affaiblissement, la perversion, ou la suspension des fonctions de cet organe, et non dans leur abolition complète... dans les traités de pathologie on n'en trouve pas une description

spéciale... il n'y a pas ici comme pour le cerveau une différence radicale dans les phénomènes entre la commotion et la contusion... au contraire, une contusion légère du foie doit produire à peu près les mêmes symptômes que sa commotion : afflux sanguin, hypérémie plus ou moins durable, troubles des fonctions, ictère plus ou moins prononcé... On ne peut distinguer la contusion de la commotion que par les circonstances dans lesquelles elles ont été produites, etc. »

J'ai fait cette longue citation pour montrer la faiblesse extrême et la nature absolument hypothétique des arguments.

Ceux qu'on a invoqués pour admettre la commotion des reins ne sont pas meilleurs.

A propos de l'œil, Laugier, après avoir admis que la commotion simple peut causer l'amaurose, convient, à la page suivante, qu'au cas où la cécité se prolonge, l'ophtalmoscope découvre des lésions évidentes dans le tissu de la rétine.

« Il ne faudrait pas croire, dit encore l'auteur (p. 774), que les organes pulpeux et massifs éprouvent seuls les effets de la commotion ; les os eux-mêmes n'en sont pas exempts. Les vibrations des os du crâne sont l'effet d'une véritable commotion de ces os : elles résultent d'un choc plus ou moins violent et existent sans fracture... Bien des nécroses, des ostéites, ont pu suivre l'ébranlement sans contusion du diploé ou de l'organe médullaire. »

Il faudra certainement d'autres preuves pour démontrer l'existence de la commotion viscérale, que d'ailleurs je ne repousse point *a priori*.

Les glandes comme tous les organes ont des périodes d'activité et de repos, qui sont sous la dépendance immédiate de leur appareil vasculaire et nerveux. Que l'ébranlement vienne à y modifier l'innervation et la circulation, et nous verrons apparaître les phénomènes de la commotion. Seulement je confesse que ces phénomènes ne nous sont point encore connus et ne peuvent l'être qu'à l'aide d'observations et d'expérimentations ultérieures.

Un mot, avant de finir, sur la *commotion du sang*. Quelques chirurgiens ont remarqué depuis longtemps que, à la suite des blessures graves, fractures comminutives, écrasement des membres, plaies par les gros projectiles de guerre et les puissantes machines, on voit survenir d'abord dans les parties blessées des phénomènes particuliers décrits sous le nom de stupeur locale, caractérisés par l'abolition des fonctions nerveuses et musculaires, le ralentissement et la suspension de la circulation, puis la gangrène rapide et même

foudroyante, et enfin des symptômes généraux très graves qui constituent ce que dans le langage actuel on appelle la septicémie aiguë.

Delpech attribuait cet appareil symptomatique à un ébranlement total du système nerveux qu'il ne démontrait d'ailleurs nullement. Chassaignac a proposé une autre hypothèse, celle de la commotion du sang. Que dans une chute d'un lieu élevé toute la masse fluide qui remplit les vaisseaux soit vivement agitée, la chose est possible, mais elle devient inadmissible quand une roue de wagon broie seulement la jambe au tiers supérieur, cas dans lequel cependant se montre fréquemment la septicémie aiguë.

La décomposition très rapide du sang et la présence dans les vaisseaux de gaz étrangers, l'empoisonnement terrible qui s'ensuit, et la précocité extrême de la décomposition cadavérique, série phénoménale qu'on n'observe d'ailleurs pas chez tous les sujets grièvement blessés et dans la genèse de laquelle l'état constitutionnel du sujet joue certainement un grand rôle, — cette série phénoménale, dis-je, peut s'expliquer plus naturellement par la production rapide dans le foyer traumatique de principes toxiques provenant de la décomposition presque soudaine des tissus broyés[1].

Pour appuyer l'hypothèse en question, il faudrait au moins nous fournir l'observation d'un homme tombé de haut et violemmment ébranlé, qui ne présenterait aucune lésion sérieuse, aucune attrition de tissus, aucune blessure exposée ni cavitaire et chez lequel cependant se développerait une septicémie aiguë avec tous ses symptômes ; or, une telle observation est encore inédite.

Nous pensons qu'ici, toutefois, l'expérimentation pourrait intervenir. Il serait possible de mettre à mort plusieurs animaux de diverses manières et entre autres par ébranlement, et de voir si chez ces derniers les phénomènes de putréfaction seraient par hasard plus précoces.

On pourrait agir sur le sang lui-même en le soumettant à des agitations violentes, voir jusqu'à quel point l'ébranlement modifierait ses propriétés. Il ne me répugnerait point d'admettre que des éléments anatomiques aussi délicats que les hématies pussent être altérés par leur violente collision réciproque, et il ne serait pas impossible que les reproches faits au procédé du battage dans la transfusion soient fondés, cette manœuvre étant capable de compromettre les propriétés et l'organisation même des globules sanguins.

1. Nous connaissons aujourd'hui le rôle des agents septiques dans la production de ces empoisonnements traumatiques aigus. — A. V. 1886.

Bien que, dans les dernières pages qui précèdent, la négation et la critique tiennent autant de place que la description proprement dite, et que j'aie moins parlé de ce que nous savons actuellement que de ce que devront nous apprendre plus tard de nombreuses expériences et de nouvelles observations cliniques, je formulerai quelques conclusions qui pourront peut-être servir de jalons aux recherches ultérieures.

1° La commotion, mal définie par les classiques, mais niée à tort, doit être conservée à titre d'état pathologique distinct.

2° Elle doit réunir trois caractères : comme cause, un ébranlement par mouvement communiqué et provoquant des vibrations dans la matière organique; comme symptômes, des modifications fonctionnelles dans les propriétés élémentaires, usages et fonctions ; comme état anatomique, l'absence de lésions véritables, mais des changements matériels plus ou moins appréciables et comparables à ceux que provoquent dans les éléments anatomiques, tissus et organes, les états opposés d'activité et de repos.

3° La commotion, étudiée jusqu'ici dans les organes compliqués et dans des régions entières du corps, doit l'être désormais dans les éléments anatomiques et les tissus à la triple lumière de l'expérimentation, de l'observation au lit du malade et de l'anatomie interrogée avec toutes les ressources modernes.

4° Au point de vue des résultats produits par l'ébranlement, il y a lieu d'admettre deux formes de la commotion : l'une dépressive, la seule dont on se soit occupé; l'autre excitatrice, qui ne présente guère moins d'intérêt. Ces deux formes, souvent réunies, alternent et se succèdent communément.

5° La commotion doit être distraite de la classe des lésions traumatiques, dont elle diffère essentiellement par l'absence de diérèse. Elle se rapproche d'autres états morbides créés par le froid, les émotions morales, les abus fonctionnels, etc.

6° Si théoriquement la commotion est fort admissible et à peu près prouvée, elle est, en revanche, extrêmement difficile à reconnaître sur le vivant, parce que ses symptômes n'ont rien de pathognomonique, parce qu'ils peuvent être très légers ou très passagers ou masqués entièrement par la suppléance physiologique; parce qu'enfin ils ne diffèrent point de ceux que produisent plusieurs autres causes. Ces symptômes toutefois doivent être passagers et, s'ils se prolongent, s'ils portent aux propriétés, usages et fonctions, une atteinte durable, tout porte à croire que la com-

motion est compliquée de lésions traumatiques véritables.

7° Le pronostic de la commotion est généralement sans gravité; l'ébranlement peut exciter ou suspendre les actes organiques, mais non les abolir; cependant la mort peut s'ensuivre, mais au seul cas où la suspension fonctionnelle porte sur l'appareil cardio-pulmonaire.

8° La thérapeutique rationnelle de la commotion est à peine ébauchée et ne comprend actuellement que des prescriptions banales. La physiologie expérimentale aura pour mission de tracer à la pratique les véritables indications.

9° La commotion cérébrale, seule, a été étudiée avec quelque soin; nous savons peu de choses sur la commotion viscérale, et tout ce qu'on trouve à ce sujet dans les livres est à peu près sans valeur.

BIBLIOGRAPHIE. — Si l'on excepte DELPECH et LAUGIER, qui dans les articles précités ont traité la question d'une manière générale, les auteurs ne se sont guère occupés que de la commotion cérébrale: nous renvoyons donc le lecteur aux monographies consacrées à cette dernière affection et aux chapitres des traités de pathologie externe relatifs aux plaies de tête et aux fractures du crâne[1].

1. Depuis que ce travail a été publié, a paru le mémoire très remarquable de M. le Dr Duret, *Sur les traumatismes cérébraux*, dans lequel on trouvera de nombreuses expériences relatives à la pathogénie des lésions traumatiques de l'encéphale, et une nouvelle interprétation de celles qu'on peut attribuer à la commotion (Th. de doct., Paris, 22 février 1878).

ÉTUDE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE LA CONTUSION[1]

Contusion [θλάσις, *Contusio; Questschung*, all.; *Bruise*, angl.; *Contusione*, ital.]. — La contusion appartient à la classe des lésions traumatiques dont elle forme un genre important, caractérisé par la manière spéciale dont s'effectue la diérèse. Extrêmement fréquente, elle siège de préférence sur les parties superficielles, plus exposées que les profondes à l'action des corps extérieurs, mais peut atteindre aussi tous les organes et tous les tissus sans exception. Le mode de violence qui l'engendre peut agir seul, mais aussi se combiner avec les autres, avec celui, par exemple, qui produit les déchirures et les arrachements.

De cette ubiquité et de cette association possible des causes vulnérantes, résulte une extrême variété dans la symptomatologie, la marche et les terminaisons. Nous ne pouvons songer à traiter ici la contusion dans tous les tissus, organes et régions du corps : un volume entier y suffirait à peine ; nous nous contenterons d'en tracer un tableau général, nous efforçant surtout d'en exposer aussi nettement que possible les caractères étiologiques et anatomiques, pour limiter le sujet d'une part, et de l'autre lui conserver toute son étendue.

La contusion est très anciennement connue, tous les chirurgiens en ont plus ou moins longuement parlé. Néanmoins à Velpeau re-

1. Extrait du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1re série, t. XX, p. 104. 1877. Article rédigé en collaboration avec M. le Dr A. H. Marchand, professeur agrégé à la Faculté, etc.

vient l'honneur d'avoir fourni sur elle le premier travail complet. Sa thèse de concours, restée célèbre, a servi de thème à la plupart des articles de dictionnaires et des chapitres insérés dans les traités de chirurgie. A l'exception de quelques monographies intéressantes que nous citerons dans la suite, on peut dire que depuis quarante ans la question est restée au même point et que les classiques semblent de nos jours la considérer comme épuisée. Nous ne partageons pas tout à fait cet avis, surtout en ce qui concerne l'anatomie pathologique, le travail réparateur, certaines terminaisons prochaines ou éloignées. Sur tous ces points on est forcé de constater des lacunes nombreuses. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'histoire dogmatique de la contusion a été tracée à une époque éloignée déjà, et qu'elle n'est point enrichie des notions précieuses que fournissent à des affections plus récemment décrites l'histologie et la méthode expérimentale. Nous signalerons ces lacunes dans l'espoir qu'elles seront un jour comblées.

DÉFINITION

Aucune de celles qu'on a données jusqu'ici ne nous satisfait.

Velpeau disait : « La contusion peut être définie toute solution de continuité des tissus vivants accompagnée d'extravasation des liquides organiques, produite par la pression directe ou indirecte de certains agents extérieurs, mais sans division de la couche tégumentaire. »

Follin désigne sous le nom de contusions certaines lésions de nos tissus produites par un coup ou des pressions subites, ne s'accompagnant pas de solution de continuité des téguments.

Et ainsi de suite, avec quelques variations sans grande importance.

On énumère, en somme, trois caractères : la production de la diérèse par pression, l'épanchement des liquides organiques, enfin l'intégrité des téguments. Or, le premier seul doit être conservé ; le second est inutile, n'ayant rien de spécial et se retrouvant dans toutes les lésions traumatiques ; quant au troisième, il faut résolument le rejeter.

En effet, l'intégrité ou la division de la peau ne change en aucune façon le caractère étiologique fondamental, c'est-à-dire le mode de production, le mécanisme de la diérèse ; l'acte initial reste le même ; c'est toujours la pression. La différence des effets produits dépend

d'une foule de conditions secondaires : l'intensité de la violence, la résistance inégale des tissus qui la subissent, la forme de l'agent vulnérant, l'étendue de sa surface d'application, la situation du point d'appui, etc.; mais toujours il y a solution de continuité par pression.

Certainement, le pronostic, la marche, les terminaisons, sont différents suivant que le foyer traumatique est caché ou exposé, mais il n'y a pas là les bases d'une définition, car en bonne classification il faut toujours choisir les caractères les plus constants, les moins variables, et on ne les trouve guère que dans l'étiologie, la pathogénie ou l'anatomie pathologique. Une fois le genre *contusion* bien établi, il sera certainement utile, indispensable même, d'y tracer des divisions secondaires. Alors, de même qu'on admet la contusion de tel ou tel organe, de tel ou tel tissu, on décrira des contusions avec ou sans plaie, des contusions interstitielles, exposées externes, exposées internes ou cavitaires, etc.

Ceci nous conduit naturellement à trancher une question connexe : les auteurs traitent à part la contusion proprement dite ou simple ou avec intégrité des téguments, puis plus tard, à propos des plaies, ils étudient sous le nom de *plaies contuses* celles qui sont produites par les corps contondants. Cette séparation de lésions très voisines étiologiquement a plus d'inconvénients que d'avantages, aussi croyons-nous plus logique en théorie et plus utile en pratique d'admettre une contusion sans plaie et une contusion avec plaie. On dira sans doute qu'il ne s'agit là que d'une question de mots, mais dans les sciences, et surtout quand il s'agit de taxinomie, il faut bien convenir que les mots jouent un rôle important, puisqu'ils sont chargés de traduire les idées. Au reste, dans certains articles récents, Laugier[1] et Billroth[2] traitent dans un même chapitre les contusions sans plaie et avec plaie.

Si nous avons rejeté certains caractères donnés par les classiques, il nous paraît indispensable, en revanche, d'en ajouter un que nos prédécesseurs ont trop laissé dans l'ombre. Emprunté à l'anatomie pathologique, nous l'étudierons plus tard avec soin, mais il faut l'énoncer ici. Il s'agit de l'*attrition ou écrasement plus ou moins étendu et complet des éléments anatomiques et tissus soumis à la pression.* Avec cette addition nous sommes en mesure de définir la contusion :

Une lésion traumatique dans laquelle la diérèse est produite par pression et s'accompagne d'attrition au point lésé.

1. *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. IX, p. 312, 1868.
2. *Pathol. chirurg. génér.*, trad. franç., p. 153.

Avec cette définition si courte et si simple, il devient aisé de distinguer la contusion de tous les autres traumas : des déchirures, ruptures, arrachements, dans lesquels la solution de continuité est produite par une force qui tiraille, distend, allonge les éléments anatomiques et tissus ; — des plaies par instruments piquants, qui *écartent* et disjoignent ces derniers ; — des plaies par instruments tranchants, qui les divisent en un point très limité, sans désorganiser les éléments adjacents, ni même altérer dans une étendue notable les tronçons séparés de ceux qui affectent la forme fibrillaire ou tubuleuse.

ÉTIOLOGIE

La contusion, bien qu'elle se produise dans des circonstances très variées, ne reconnaît en réalité qu'une seule cause mécanique, *pression* ; mais celle-ci agit de façons si diverses, qu'il est nécessaire d'établir des distinctions nombreuses.

De la pression. — Elle doit être d'abord assez forte pour triompher de la résistance des tissus ; faute de quoi elle ne fait que les refouler, les condenser, les déplacer, ce qui arrive surtout pour les liquides, plus aptes que les solides à se soustraire par la fuite à la violence. En cas de pression insuffisante il y a, non pas contusion, car la diérèse et l'attrition manquent, mais seulement compression, état tout différent, situé hors du cadre des traumas, qui, lorsqu'il cesse à temps, respecte l'intégrité anatomique de nos organes, et qui, trop prolongé, n'arrive à les léser qu'en y suspendant la circulation des fluides et de l'influx nerveux.

Le minimum de pression nécessaire à la production de la contusion varie infiniment suivant les tissus, qu'on pourrait, sous ce rapport, classer en une série dont les tissus osseux et fibreux occuperaient le sommet, et dont les parenchymes glandulaires ou le cerveau occuperaient les derniers échelons.

Mais l'énergie de la cause et la constitution plus ou moins robuste des tissus ne sont pas seuls à considérer, car l'observation démontre tous les jours l'efficacité pathogénique des pressions faibles et l'innocuité de certaines pressions intenses.

La pression n'est, en somme, qu'une forme du mouvement. Appliquée à nos organes, elle ne tend, d'abord, qu'à les pousser devant elle : aussi, abstraction faite de leur ténacité et de leur

friabilité intrinsèques, les tissus mobiles ou aisément mobilisabl échappent souvent aux pressions subies. L'anatomie nous révè sous ce rapport une foule de dispositions protectrices des pl remarquables pour les testicules, l'œil, certains viscères abdominau les gros vaisseaux et les gros nerfs en certaines régions des membre Si, au contraire, les organes résistent, ils mettent aussitôt en pér leur intégrité anatomique. La résistance, en effet, fournit à la vi lence un point d'appui qui favorise singulièrement son action de tructive. L'existence de ce point d'appui est donc la seconde cond tion étiologique de la contusion.

Du point d'appui. — Sa situation varie : tantôt il réside da l'organisme lui-même, ce qui arrive quand un corps extérieur vie nous heurter; tantôt il siège hors de nous; et c'est le cas, quand n organes en mouvement viennent presser sur le sol ou sur quelq corps solide et résistant qui s'y trouve fixé (arbre, mur, maison, etc. — ou encore quand nos organes en repos, tels : un pli de té gument préalablement soulevé, un appendice libre, un doigt, u membre entier, ou même une partie du tronc, thorax, abdomen, s trouvent serrés entre deux corps durs, dont l'un au moins est anim de mouvement, si même les deux à la fois n'exercent pas un pression convergente. C'est ce qu'on observe dans les pincement certaines morsures, et enfin dans les écrasements par les corp pesants, roues de voitures, engrenages de machines, etc.

Toutefois, dans cette dernière catégorie de cas, on peut reco naître la *pluralité des points d'appui*, fait qui mérite une mentio spéciale. Ainsi, dans le pincement de la peau entre deux doigt chacun de ceux-ci, en même temps qu'il fonctionne comme age de pression, sert de point d'appui à l'autre. Même remarque pour morsure produite par les dents mousses. Les deux points d'app sont ici extérieurs; mais dans l'écrasement d'un membre entier, sol peut fournir un point d'appui qui fixe préalablement le memb et l'empêche de se dérober à la violence, puis le squelette centr résiste à son tour, et c'est sur lui que viennent s'écraser les parti molles pressées par l'agent vulnérant. Des deux points d'appui, l' est donc extérieur et l'autre intérieur ou organique. En cas d double pression convergente, dans la morsure de cheval porta sur un membre à squelette central, l'os par ses deux faces résiste e même temps que les deux mâchoires se font mutuellement obstacl comme dans le cas plus simple de pincement de la peau. On pou rait donc admettre ici quatre points d'appui.

Enfin l'organisme lui-même, et à lui seul, peut en fournir de

quand un corps extérieur vient le heurter. Soit un coup sur la jambe : la masse du corps immobilise celle-ci et l'empêche de fuir, après quoi la pression circonscrite refoule les parties molles et parvient à les contondre, parce qu'elle rencontre la résistance du tibia. Dans les contusions de l'abdomen, le rachis, malgré sa position profonde, joue souvent un rôle identique à celui du tibia dans l'exemple précédent.

La connaissance exacte du siège du point d'appui est d'une grande importance pour le diagnostic, car la diérèse et l'attrition des tissus se trouvent presque toujours sur le trajet de la ligne droite étendue entre la violence et la résistance. En général, cette connaissance est facile à acquérir, surtout dans les cas où les points d'appui existent en dehors de l'organisme. Mais il n'en est plus ainsi quand la résistance siège dans une région plus ou moins profonde du corps.

On admet comme règle générale que les tissus souples et élastiques, la peau, par exemple, cèdent à la pression, et que la résistance naît, au contraire, dans les tissus solides et inextensibles comme les os et les diverses parties du système fibreux. La théorie est d'accord avec les faits dans les régions où se rencontrent des os, des tendons, des aponévroses : à la face, à la main, aux pieds, à l'avant-bras, à la région antérieure de la jambe, etc. ; mais ailleurs elle est souvent en défaut. D'abord les pièces du squelette n'arrêtent pas toujours le mouvement, elles l'amoindrissent, atténuent ses effets, mais parfois le transmettent, de sorte que, continuant sa marche, la violence va désorganiser des tissus plus friables situés dans les cavités viscérales.

En revanche, des parties molles, qu'on croirait incapables de résister, se transforment en barrières solides et fournissent le point d'appui à la pression ; c'est le cas pour les muscles en contraction, pour les tissus vasculaires en érection, pour les réservoirs muqueux remplis de liquides incompressibles, pour la matrice renfermant le fœtus et même pour certaines productions pathologiques, les kystes, par exemple.

Par suite de ces changements physiologiques ou pathologiques, des organes que leur constitution semblait mettre à l'abri de la violence en subissent, au contraire, tous les effets fâcheux.

Agents de la pression. — On les désigne sous le nom commun de *corps contondants*, qu'on peut définir, avec Littré et Robin « tous les corps ou instruments ronds, obtus, non tranchants, qui meurtrissent et déchirent les parties sans les couper ni les piquer ». Naturellement, nous nous dispenserons d'en donner la liste, car elle com-

prendrait la presque totalité des corps bruts ou animés qui nous entourent, et jusqu'à certains de nos propres organes : les pièces de notre squelette entre autres, puis nos poings, nos pieds, etc. Sera ou pourra devenir contondant tout corps en mouvement, qui, appliqué en un point quelconque de l'économie et y exerçant une pression, y produira une solution de continuité avec attrition des tissus.

Il y a plus d'intérêt à montrer que les corps contondants, suivant la manière dont ils effectuent la pression, produisent des effets sensiblement différents.

Ils agissent de dedans en dehors ou de dehors en dedans ; quand le point d'appui est extérieur, comme dans les chutes ou les chocs contre une masse résistante, le corps contondant n'est souvent autre que l'os de la région heurtée, il presse de la profondeur à la surface les parties molles qui le recouvrent et tend à les écraser ; c'est ce qui arrive, par exemple, dans les chutes sur les talons, les genoux, la tête, etc. En certains cas, c'est même le point d'appui intérieur qui, bien qu'immobile, réalise la diérèse, dans les chocs sur la crête du tibia, par exemple.

Dans les luxations, l'os sorti de sa cavité va contondre les parties molles péri-articulaires ; il en est de même des fragments osseux dans certaines fractures avec éclats. Quoi qu'il en soit, la pression centripète est beaucoup plus commune et la chose est si claire, qu'il est inutile d'y insister.

Les corps contondants rencontrent les surfaces organiques sous des incidences variées, perpendiculairement ou obliquement. Dans le premier cas, les tissus compris entre eux et le point d'appui échappent difficilement. En conséquence, si ce dernier est solide et peu profond, le maximum de l'action destructive est produit. Cette action est beaucoup moins efficace en cas d'incidence oblique, car les tissus fuient mieux la pression, ils glissent sur les points d'appui, se laissent distendre, tirailler, et résistent jusqu'aux dernières limites de leur extensibilité. Cependant la solution de continuité peut s'effectuer à la fin, mais autant par traction que par pression, et la lésion qui prend alors naissance est plutôt un décollement, un arrachement, qu'une contusion à proprement parler. Fréquemment, toutefois, les divers modes de diérèse s'associent et le foyer traumatique, homogène en apparence, présente en réalité des régions secondaires où la nature des désordres est différente. Soit par exemple un corps contondant qui rencontre obliquement la face convexe du crâne : là même où il s'applique, il contond le cuir chevelu et le divise ; en amont de la direction du mouvement, il le tiraille, l'attire et même le

décolle un peu; en aval, au contraire, il le refoule, le repousse, rompt ses adhérences profondes et le décolle si largement parfois, qu'il en résulte la formation d'un vaste lambeau.

La connaissance de ce mécanisme est très intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique; elle nous fait comprendre comment les diverses régions du foyer de la blessure, étant lésées autrement, se comportent autrement dans la suite; comment, par exemple, des deux lèvres de la plaie contuse l'une seulement a subi l'attrition; comment le lambeau n'est menacé de sphacèle qu'à son sommet, etc. Le tiraillement forcé de l'autre lèvre nous explique à son tour comment peuvent se produire, *hors du lieu d'application directe* de la violence et même à une distance assez grande, des déchirures qui augmentent beaucoup l'étendue du foyer traumatique.

La combinaison des diérèses par traction et par pression s'observe aussi quand bien même les corps contondants pressent dans le sens perpendiculaire; c'est ce qui arrive surtout quand ils agissent avec lenteur. Supposons une corde tendue et pressons sur son milieu *sans brusquerie* avec un instrument mousse; si la force est suffisante, la corde se rompra, mais non sans s'être plus ou moins allongée et sans avoir tiré fortement sur ses deux points d'attache. Or, la rupture ne siégera pas nécessairement au lieu d'application de la pression; si la corde présente un lieu de moindre résistance, si elle est mal fixée à ses points d'attache, si ces derniers sont faibles ou friables, la solution de continuité se montrera en des lieux très variables, et n'appartiendra pas à l'ordre des contusions. L'anatomie pathologique des luxations (arrachement des tubérosités humérales, déchirement des muscles et des capsules à leurs insertions), et aussi les écrasements des membres, nous révèlent la production très fréquente de ces lésions à distance qui compliquent beaucoup les contusions.

Tous les chirurgiens ont été frappés de la gravité extrême des écrasements des membres par les roues de voiture et surtout par celles des wagons de chemin de fer. Si on s'attache trop à la chirurgie conservatrice et si on ampute trop près du foyer de la contusion, on voit souvent se développer dans le moignon des inflammations violentes et la gangrène. L'autopsie des membres écrasés explique ces accidents; elle montre dans la profondeur, à une distance souvent très grande du point où a passé le corps contondant, les muscles arrachés, les nerfs, les vaisseaux déchirés par distension, les téguments décollés à leur face profonde, etc. Il y a, au delà des limites de l'attrition proprement dite et de la désorganisation produites par

la pression, une zone plus ou moins étendue dans laquelle les désordres, pour avoir une autre origine, n'en sont pas moins graves, et que le couteau doit dépasser sous peine d'un revers presque certain.

Quand le corps contondant agit très obliquement et presque parallèlement à la surface atteinte, la contusion est presque nulle, et le décollement devient la lésion principale; si le corps est mû avec une grande vitesse, et si sa surface est rugueuse et pourvue d'aspérités, il produit à la surface des lésions connues sous les noms d'éraillures, d'écorchures, qui se rapportent moins à la contusion qu'aux plaies *avec perte de substance.*

Le mouvement qui anime les corps contondants est lent ou rapide. Après avoir dit quelques mots de la pression lente, indiquons les effets de la pression instantanée. Que le corps qui heurte soit en contact préalable avec un tissu ou qu'il s'en trouve d'abord à une distance plus ou moins grande, dès qu'il est mû avec une grande vitesse, il exerce une double action; il tend à pénétrer par pression au point d'application, puis il ébranle les parties voisines dans une étendue plus ou moins grande. Les deux effets sont généralement en proportion inverse; mais ils peuvent atteindre simultanément leur maximum quand le corps contondant est de petit volume, se meut très rapidement et rencontre sur sa route une grande résistance, comme cela s'observe, par exemple, dans les plaies par armes à feu.

Au point frappé, l'écrasement est extrême; et cependant on observe à distance des désordres uniquement causés par la dissémination du mouvement. Qu'une balle vienne frapper une diaphyse, elle broie d'abord toutes les parties molles sous-jacentes, puis brise l'os en éclats, et enfin en ébranle si fortement les deux tronçons, qu'on trouve souvent, tout près des épiphyses, des foyers de diérèse sous-périostiques et médullaires. Ces dernières lésions ne sont évidemment produites ni par pression ni par traction, mais bien par des vibrations assez fortes pour disjoindre les éléments anatomiques. A ces vibrations destructives se joignent très souvent des vibrations modificatrices qui ont pour effet de provoquer dans les tissus ou organes qui les subissent les phénomènes de la commotion (Voy. le chapitre précédent), c'est-à-dire l'excitation ou la suspension fonctionnelles. Ces résultats complexes seront toujours à prévoir quand les corps contondants agiront par choc, c'est-à-dire quand il y aura pression avec percussion.

Dans l'immense majorité des cas, l'application des corps contondants est unique et de très courte durée. Cependant on observe

quelquefois, comme dans la flagellation, par exemple, une succession rapide de contusions. Si l'agent vulnérant porte plusieurs fois sur le même point, il peut s'ensuivre une lacération immédiate des tissus, comme dans le supplice de la bastonnade. S'il frappe des endroits différents, il n'en résulte qu'une multiplication des foyers contus.

Les percussions peuvent, à la vérité, être très faibles et se succéder à des intervalles assez longs. Il n'est pas rare en ce cas d'observer une modification locale des tissus, caractérisée par une sorte d'hypertrophie ou de néoplasie. C'est ce que Velpeau appelait la *contusion chronique*. On peut hésiter à admettre cette forme, parce que, en général, on ne constate pas au point heurté les signes ordinaires de la contusion : douleur, ecchymose, etc. Cependant il pourrait peut-être aussi s'agir d'une série de contusions si limitées, si microscopiques, qu'elles passeraient facilement inaperçues et ne seraient révélées qu'à la longue, par les seuls indices du travail réparateur suscité par l'irritation traumatique incessamment renouvelée et entretenue.

M. le docteur Fabre a décrit et rapproché de la forme admise par Velpeau une affection douloureuse du talon qui n'a aucun rapport avec la lésion qui nous occupe et qui, par conséquent, ne mérite nullement le nom que l'auteur lui a imposé (*Essai sur la contusion chronique du talon*, Thèse de Paris, 1875).

Les données qui précèdent résument la pathogénie de la contusion tout entière; c'est assez dire qu'elles expliquent par surcroît la production des plaies contuses, que nous préférons appeler contusions avec plaie tégumentaire, puisque la solution de continuité de la peau en constitue l'unique caractère anatomique essentiel. Or, étant connus d'une part les propriétés du tégument externe, de l'autre les divers modes d'action des corps contondants, il devient aisé de comprendre et même de prévoir les cas où l'enveloppe cutanée tiendra bon ou cédera à la violence. Elle résistera quand la pression sera lente ; quand le point d'appui sera distant et peu solide ; quand, lâchement unie aux couches sous-jacentes, elle pourra échapper par la fuite à la pression oblique du corps contondant ; quand celui-ci ne sera pas trop dur, que sa surface sera lisse, et surtout qu'elle sera large, de façon à en rendre la force de pénétration impuissante.

Dans les conditions opposées, la peau partagera le sort des tissus profonds et sera divisée avec eux.

Toutes les plaies qu'on observe dans un foyer de contusion ne sont pas contuses. En cas d'écrasement des membres avec fracas des os, les éclats de ceux-ci, agissant par leurs pointes acérées, par leurs

arêtes vives, peuvent produire de dedans en dehors de vrais piqûres et de vraies coupures, sans attrition des bords de la blessure. Nous en dirons autant de certaines plaies superficielles causées par les aspérités dont est munie parfois la surface des corps contondants ou des points d'appui extérieurs.

Il ne faut également comprendre parmi les contusions avec plaie que celles dans lesquelles la diérèse cutanée est contemporaine de l'accident et en fait partie dès le début. La communication ultérieure du foyer traumatique avec l'air, par destruction plus ou moins tardive de la peau, est un phénomène d'ordre tout différent, dans la production duquel la violence initiale joue certainement un rôle important, mais non exclusif, comme nous le dirons en son lieu.

Nous aurions pu insérer dans l'anatomie pathologique quelques-unes des notions que nous venons d'exposer, mais il nous a semblé préférable de réunir en un seul chapitre tout ce qui est relatif à la genèse de la contusion en général.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On se représente aisément l'extrême diversité des désordres produits par les corps contondants, quand on se rappelle qu'ils n'épargnent aucune région, aucun organe, aucun tissu.

Décrire tous ces désordres serait trop long, mais comme l'anatomie pathologique est ici d'une extrême importance, nous lui consacrerons un chapitre assez étendu.

La contusion appartient à la classe des lésions traumatiques; elle a donc pour caractère anatomique essentiel et constant l'existence d'une solution de continuité, entraînant la formation d'une cavité accidentelle creusée dans l'épaisseur de nos tissus. En décrivant avec soin cette cavité ou *foyer de la contusion,* on relèvera toutes les particularités anatomo-pathologiques inhérentes à l'affection qui nous occupe.

Siège. — Le foyer en question se trouve partout : à la surface comme à toutes les profondeurs, à la périphérie aussi bien que dans le centre des parenchymes; entre les organes et leurs membranes d'enveloppe, périoste, capsules fibreuses, aponévroses; entre les couches stratifiées qui constituent les parois des cavités organiques, etc.; il siège fréquemment dans les interstices conjonctifs.

Tantôt il est clos de toutes parts, tantôt il communique directement ou indirectement avec l'extérieur, ou encore avec les cavités centrales muqueuses, séreuses, vasculaires. Ces différences sont assez tranchées pour qu'on admette les trois variétés suivantes :

Contusion interstitielle, telle qu'on l'observe aux membres et dans l'épaisseur des parois craniennes, thoraciques, abdominales, pelviennes ;

Contusion exposée externe, dont le foyer est en relation directe avec l'atmosphère. C'est la contusion avec plaie ou la plaie contuse des classiques ;

Contusion exposée interne ou *cavitaire*, dont le foyer s'abouche avec un réservoir ou un conduit muqueux, avec une séreuse articulaire, tendineuse ou viscérale.

Chacune de ces variétés primitives peut dans la suite se changer en la variété voisine. Les contusions interstitielles deviendront exposées externes ou internes et *vice versa*.

Étendue du foyer. — Elle varie infiniment, depuis une fraction de millimètre jusqu'à plusieurs décimètres ; l'esprit, sans démonstration directe, comprend la possibilité d'une diérèse extrêmement limitée portant sur la matière unissante interposée entre les éléments anatomiques, ou n'intéressant qu'un petit nombre de ceux qui affectent la forme tubuleuse ou cylindrique. D'autre part, l'observation clinique nous montre des contusions étendues à la presque totalité d'un membre, à toute la région externe de la cuisse ou dorsale du tronc, à l'épaisseur entière de la fesse, etc.

Forme. — Le foyer est circonscrit, nettement limité, ou, au contraire, diffus, anfractueux et sans bornes précises. Le mode d'action du corps contondant et surtout la constitution anatomique de la région ou de l'organe contus président à ces formes; mais le passage de la première à la seconde s'observe communément, et plusieurs causes changent une contusion limitée en contusion diffuse. La réciproque est vraie et nous verrons plus tard comment certains foyers, d'abord irréguliers, s'entourent plus tard d'une sorte d'enveloppe limitante.

Toute cavité qui n'est point virtuelle présente nécessairement à considérer une paroi et un contenu.

Paroi. — Sauf en cas de foyer microscopique, elle est toujours hétérogène, c'est-à-dire composée de plusieurs sortes d'éléments anatomiques disjoints et surtout rompus; les tronçons de ces derniers s'écartent d'abord en vertu de leurs propriétés élastiques ou contractiles; leurs extrémités libres flottent et font plus ou moins

saillie dans la cavité. Les éléments tubuleux, vaisseaux rouges et blancs, conduits excréteurs filiformes, acini, présentent des orifices béants ou des fissures plus ou moins larges. Quelques points de la paroi peuvent être tapissés par des tissus intacts et seulement dénudés dans une certaine étendue. C'est ce qui arrive en particulier dans les cas de pression oblique et au niveau des pièces superficielles du squelette. Les os de la voûte, par exemple, dans certaines contusions du crâne, constituent souvent à eux seuls la paroi profonde du foyer. Il en est de même aux membres pour les fortes aponévroses.

Dans la contusion interstitielle, la paroi est partout continue et de formation nouvelle. Dans la contusion avec plaie, au contraire, elle offre une interruption aussi large que la blessure tégumentaire et par laquelle la cavité communique avec l'extérieur. Dans la contusion cavitaire, la paroi est également interrompue, mais vers la profondeur. Elle présente alors deux régions distinctes, l'une récente, créée par l'agent contondant, l'autre préexistante, constituée par les tissus normaux non lésés qui tapissent la face interne de la cavité intéressée. La paroi atteint son maximum de complexité quand le foyer de contusion communique à la fois avec une cavité intérieure et avec l'atmosphère.

Contenu. — Il varie autant que la constitution histologique de la paroi ; sa composition se prévoit dès qu'on connaît exactement le siège du trauma.

Dans les contusions interstitielles, il est formé de sang et de lymphe, des sécrétions du tissu conjonctif et très souvent de la graisse provenant de la rupture des vésicules adipeuses. Il n'est pas rare d'y rencontrer des débris d'éléments anatomiques solides, isolés de toutes parts et flottant dans un fluide séro-sanguin. Dans les écrasements, par exemple, on constate des esquilles osseuses ou cartilagineuses, des fragments de muscles striés ; l'un de nous a vu dans un cas de contusion de la jambe un lobe de tissu adipeux du volume d'une petite amande entièrement libre et nageant dans un épanchement sous-cutané.

A ces matières solides et liquides s'ajoutent, en cas de contusion avec plaie cutanée, l'air atmosphérique avec toutes les impuretés qu'il peut charrier et, à l'occasion, certains corps étrangers ; en cas de contusions centrales des glandes ou de contusions cavitaires, les fluides sécrétés, les matières excrémentitielles et récrémentitielles, les ingesta, etc.

La connaissance exacte du contenu du foyer explique une foule de

particularités dans la marche et la terminaison de la contusion ; mais il faut encore tenir compte d'une autre circonstance. La paroi 1 dans les cas ordinaires, est réputée formée par des éléments anatomiques et des tissus sains au moment où la violence est venue les diviser. Mais les hasards de la clinique nous montrent de temps en temps la contusion d'organes ou de régions préalablement altérés. Alors les liquides qui remplissent la cavité du foyer ont acquis à l'avance et avant de sortir de leurs voies des qualités autres que celles que la physiologie normale leur assigne. Nous indiquerons plus loin quelle influence ces conditions anormales exercent sur le pronostic de la contusion.

Ajoutons quelques détails sur l'*attrition des tissus*, qui constitue l'un des caractères principaux de la contusion.

Les tissus soumis à l'action directe d'une pression violente sont instantanément écrasés, broyés, désorganisés ; qu'ils soient complètement détachés des parties adjacentes ou qu'ils y tiennent encore, ils n'en sont pas moins privés de toute connexion avec les nerfs et les vaisseaux, ce qui revient à dire que la circulation et l'innervation y sont suspendues. Ces graves désordres heureusement sont d'ordinaire assez limités et bornés à la seule partie du foyer traumatique qui a supporté l'effort principal du corps contondant. C'est ainsi que l'attrition s'observe surtout à la peau et que dans les plaies contuses elle porte presque exclusivement sur les bords de l'ouverture cutanée. Toutefois les organes profonds n'y échappent pas, quand ils sont mous et friables comme les muscles, les glandes, la pulpe cérébrale, etc. Dans la célèbre lésion connue sous le nom *de vent du boulet*, il n'est pas rare de rencontrer sous le tégument intact les parties profondes horriblement contuses et réduites en bouillie informe. Dans les écrasements des membres, on constate des dégâts analogues auxquels n'échappent pas même les os malgré leur solide structure.

La destinée ultérieure des tissus broyés mérite qu'on s'y arrête. *A priori* on pourrait croire qu'un fragment organique dans lequel n'arrive plus ni sang ni influx nerveux est inévitablement condamné à mourir. Cependant il n'en est rien, et de même que dans les fractures comminutives des esquilles complètement détachées se ressoudent au corps de l'os et continuent à vivre, on voit des lambeaux flottants de parties molles reprendre vie à la faveur des adhérences qu'elles contractent avec les parties vivantes qui les entourent.

Cette réviviscence paraît moins surprenante quand on se rappelle

les principes de l'autoplastie et de l'ente animale. La vie dans ces parties que la contusion a frappées d'ischémie et d'*anervie* (si l'on nous passe ce néologisme) n'est que suspendue; comme dans le bourgeon ou le rameau détachés pour la greffe, elle renaît quand on place le futur séquestre dans des conditions favorables. Il se passe là un phénomène très comparable à ce qu'obtient Ollier quand, après avoir raclé avec la lame du scalpel la face profonde du périoste, il insère sous la peau les débris détachés et fait naître en ce point des nodules osseux.

Les choses cependant n'ont pas toujours une issue aussi heureuse. Comme dans l'ente animale, les fragments détachés peuvent périr; mais il y a pour eux plusieurs sortes de mort: l'une lente, par une sorte d'inanition, c'est-à-dire par nutrition insuffisante; l'autre prompte, mais sans phénomènes de décomposition putride, c'est la nécrobiose; la troisième enfin, plus prompte encore, qui constitue la gangrène proprement dite, et dans laquelle les parties mortes subissent une altération chimique particulière et prennent des propriétés phlogogènes spéciales.

On peut encore, pour expliquer ces différences, prendre des exemples dans l'histoire des corps étrangers. Un fragment organique isolé du tout par la contusion peut être considéré en effet comme un corps étranger qui tantôt se rattache à l'économie, tantôt est seulement toléré par elle, tantôt disparaît lentement et tantôt enfin provoque au sein des parties un travail irritatif extrême, inflammatoire ou autre.

La diversité si grande des résultats de l'attrition a servi de base à une classification des contusions. Dupuytren et Velpeau sont allés jusqu'à établir un parallèle entre cette affection et la brûlure et à admettre des contusions au 1[er], 2[e], 3[e], 4[e] degrés, etc. Dans les formes légères, les désordres seraient minimes et ne compromettraient pas la vie des parties atteintes. Dans les formes graves, la désorganisation des tissus serait d'emblée telle, que le sphacèle serait inévitable et le retour à la vie impossible.

La contusion et la brûlure sont des affections si disparates, que nous n'adopterons pas le parallèle en question, malgré l'autorité de ceux qui l'ont établi. Toutes deux à la vérité peuvent amener la mortification plus ou moins étendue des tissus, toutes deux l'effectuent en provoquant l'ischémie et l'anervie; mais en face de ces analogies se dressent des différences radicales. Les parties désorganisées par la brûlure le sont primitivement et irrémédiablement. Dans les parties contuses, au contraire, à de rares exceptions près, la vie

reste possible au moins pendant un certain temps et ne disparaît sans retour que si le rétablissement de la circulation et de l'innervation devient tout à fait impossible.

La clinique ne saurait accepter une relation directe et absolue entre l'étendue ou le degré de l'attrition et les chances douteuses ou certaines de gangrène. Telle partie atteinte de cet état connu sous le nom d'asphyxie ou de stupeur locale, et dans laquelle par conséquent la mort semble imminente, reprend bientôt ses propriétés complètes. Par contre, tous les jours on voit le sphacèle survenir à la suite de contusions presque insignifiantes.

La condition qui préside le plus puissamment au sort des parties *atteintes* d'attrition est la nature des contacts auxquels elles vont être soumises. Ceci demande quelques explications. Les éléments anatomiques isolés ou broyés peuvent revivre, comme nous venons de le prouver; mais il faut convenir que temporairement du moins leur conservation est fort précaire. Dans la profondeur de l'économie, soumis à une température convenable et n'étant en contact qu'avec des parties vivantes qui consentent à leur céder une part de nourriture, ces éléments échappent à la mort, ou du moins à la décomposition rapide. C'est ce qu'on observe tous les jours dans les contusions interstitielles même très graves (fractures comminutives, morsures, pincements, etc.). Mais dans les contusions avec plaie l'air intervient, et alors même qu'il est pur, et *a fortiori* s'il est altéré, il fait aisément pencher la balance du mauvais côté, par l'irritation qu'il provoque et par l'action qu'il exerce sur la circulation pariétale du foyer.

Même influence délétère des sécrétions et excrétions dans les contusions cavitaires; l'urine, la bile, les matières fécales, qui sphacèlent si facilement les tissus sains avec lesquels ils sont mis accidentellement en contact, achèvent plus sûrement encore la désorganisation déjà commencée par le fait de la contusion.

Le sang lui-même et la lymphe, dont le contact dans les contusions interstitielles est d'ordinaire si bénin, peuvent devenir aussi délétères que l'air atmosphérique, les ingesta et les excréta, s'ils présentent avant la blessure ou s'ils contractent dans la suite des propriétés toxiques ou irritantes. C'est ce qui explique la gravité inattendue des contusions même sous-cutanées et circonscrites, chez les alcooliques, les diabétiques, les paludiques, les blessés enfin atteints des diverses formes de la septicémie [1].

1. Ce point sera étudié plus tard à propos de l'*auto-inoculation traumatique*.

Nous ferons remarquer en dernier lieu que les phénomènes pro pres à l'attrition, ischémie et anervie, ainsi que leurs conséquence ultérieures, ne sont pas toujours circonscrits aux points mêmes où l pression a désorganisé les tissus, c'est-à-dire au lieu d'applicatio des corps contondants. On les observe assez fréquemment autour d ce point et dans les membres au-dessus et au-dessous du lieu frappé Dans les cas, par exemple, ou un corps pesant, une roue de voiture a passé sur les parties supérieures de la jambe, il est commun d constater l'arrêt de la circulation, la perte du mouvement et de l sensibilité à plusieurs centimètres au-dessus et à toute la partie d membre située au-dessous de la contusion proprement dite. Les tissu ont pourtant conservé toutes leurs propriétés physiques et l'intégrit de leur structure ; mais le broiement limité des nerfs et des vais seaux tibiaux empêche l'abord jusqu'au pied du sang et de l'influ nerveux, mais le tiraillement dont nous avons parlé plus haut à propo de l'étiologie a détruit les fonctions vasculaires et nerveuses à un certaine distance en remontant vers le tronc.

Ces troubles fonctionnels peuvent se montrer immédiatemen après l'accident pour se dissiper ensuite, mais la réciproque es vraie et la production d'épanchements sanguins volumineux, ou l thrombose consécutive ascendante ou descendante, peuvent les pro duire à un moment plus ou moins éloigné de l'accident.

Le terme de paroi fait naître en général dans l'esprit l'idée d'un sorte de membrane, de tunique sans grande épaisseur limitant un cavité. Or, cette tunique manque dans les lésions traumatiques re centes ou du moins n'apparaît que dans la suite sous forme d couche granuleuse, de membrane pyogénique, de stratifications san guines ou d'induration circonférentielle ou membraniforme due à l prolifération du tissu conjonctif. Dans les premiers moments, la paro du foyer traumatique est plutôt une région schématique qu'un organ accidentel à proprement parler. C'est au moins ce qui est vrai pou les lésions superficielles ou profondes faites par instruments tran chants ; à une très petite distance des surfaces nouvellement for mées par l'agent vulnérant, les tissus sont tout à fait normaux.

Il n'en est pas de même pour la contusion. En raison de la faço dont elle se produit, des désordres de diverse nature s'étender souvent bien au delà des limites intrinsèques du foyer. Nous savon déjà que la diérèse s'accompagne d'une attrition plus ou moin étendue ; en parlant des pressions lentes ou obliques, nous avon constaté la coexistence de déchirures, d'arrachements, de décolle ments ; en signalant la coïncidence de la pression avec le choc, nou

avons insisté sur ce point que le mouvement dont est animé le corps contondant peut créer au loin des diérèses par vibrations et aussi faire naître à distance des phénomènes de commotion; nous verrons plus loin comment le sang, en s'accumulant dans la cavité et faisant effort contre la paroi, peut agrandir considérablement et immédiatement les dimensions primitives du foyer. De tout ceci ressort l'utilité d'admettre, outre la paroi proprement dite du foyer contus, une série de zones concentriques plus ou moins épaisses dans lesquelles, à l'occasion, apparaîtront des accidents ou phénomènes différents de ceux de la contusion proprement dite. Immédiatement en dehors de la zone d'attrition qui fait en réalité partie de la paroi, nous admettrons une zone où s'observent les diérèses produites par vibration, tractions, distensions, décollements, etc., puis une zone de commotion. Dans la suite, c'est-à-dire dans les jours qui suivent l'accident, nous constaterons souvent la création de zones nouvelles : telles la zone d'ischémie ou de congestion, la zone de prolifération conjonctive, etc.

Dans les contusions cavitaires, les réservoirs et conduits muqueux ainsi que les sacs séreux, bien que communiquant avec le foyer de la *contusion*, en constituent évidemment une région tout à fait distincte, dans laquelle se passent des phénomènes spéciaux qui donnent à la variété susdite une physionomie à part.

L'admission de ces régions pathologiques surajoutées à la périphérie des foyers primitifs nous semble de nature à faciliter l'étude de la marche, des complications et des terminaisons.

ÉVOLUTION ULTÉRIEURE DE LA CONTUSION

Le foyer traumatique, constitué à son début comme il vient d'être dit, ne reste pas longtemps au même état : contenu et contenant subissent simultanément et parallèlement une série de modifications importantes que nous allons passer en revue.

Des liquides extravasés. — Nous avons déjà énuméré les fluides que peuvent renfermer les cavités creusées dans nos tissus par les corps contondants, et montré qu'ils varient avec le siège de la contusion et la nature de l'organe blessé. On pourrait donc décrire successivement des épanchements d'urine, de bile, de salive, de synovie, de liquide céphalo-rachidien, d'air, de lymphe, de sérosité, de sang, etc. Mais il faudrait alors faire l'histoire de toutes les contusions locales, ce qui ne rentre pas dans le plan du présent article.

L'issue des fluides hors de leurs voies normales étant une conséquence naturelle de la solution de continuité de ces dernières, se retrouve dans toutes les lésions traumatiques : piqûres, coupures, déchirures, ruptures, luxations, entorses, fractures, etc. ; il n'y aurait donc pas lieu de l'étudier à propos de la contusion plutôt qu'au chapitre général des traumas ou aux articles que l'on consacre isolément à chacun de leurs genres.

Mais l'usage en a décidé autrement et de longue date l'habitude est prise de faire entrer dans le cadre de la contusion l'histoire détaillée et même prolixe des épanchements sanguins et de toutes leurs variétés, ecchymoses, infiltrations, bosses sanguines, sous prétexte que l'on ne conçoit guère de contusions sans rupture de vaisseaux et que l'hémorrhagie interstitielle présente dans cette affection des caractères particuliers. Toutefois, comme la routine ne se pique pas de logique, elle rejette au chapitre des fractures, des luxations, des ruptures musculaires, des hématocèles, etc., l'étude des épanchements sanguins consécutifs à la diérèse des os, des capsules articulaires, des gros vaisseaux et des gros muscles, alors même que cette diérèse, étant effectuée par des corps contondants, présente tous les autres caractères de la contusion.

Autre illogisme. Si l'extravasation sanguine est à peu près inséparable de la contusion parce que les vaisseaux sanguins se trouvent partout et sont inévitablement déchirés par les agents contondants, il est aussi des organes si universellement répandus dans l'économie qu'ils doivent être blessés presque aussi souvent que les conduits sanguins; c'est le cas pour les lymphatiques, pour le tissu conjonctif, qui à la moindre irritation exhale en abondance la sérosité, pour le tissu adipeux, dont les vésicules facilement friables laissent aisément échapper l'huile qu'elles renferment. La lymphorrhagie, la sérorrhagie, la liporrhagie devaient être décrites au même titre que l'hémorrhagie. Or, c'est à peine si ces phénomènes sont signalés et si on leur consacre quelques pages, qui d'ailleurs sont reléguées hors de l'histoire de la contusion et décorées de titres spéciaux.

Ces réserves faites, comme nous ne voulons point nous poser en réformateur pour un si mince objet, nous suivrons la coutume, nous décrirons l'extravasation sanguine dans les foyers contus en insistant sur ce qu'elle y présente de particulier; enfin nous réunirons le peu que l'on sait sur les épanchements séreux et huileux, consécutifs aux contusions.

Hémorrhagie. — Constante, sauf les cas de diérèse microscopique ou quand la contusion porte sur les rares tissus avasculaires : cornée et

cartilages, elle est fournie par des vaisseaux à sang noir et à sang rouge de divers calibres, capillaires, artérioles, veinules, gros vaisseaux des deux ordres. Les plexus veineux, les tissus érectiles, les réseaux physiologiquement ou pathologiquement dilatés, en sont assez souvent la source. La forme, les dimensions, l'étendue des ouvertures vasculaires, n'ont été guère étudiées que pour les vaisseaux de gros calibre, et d'ailleurs assez rarement; tout porte à croire que, si ces recherches étaient multipliées, on constaterait que les tuniques sont rompues à des hauteurs inégales, ou déchirées, effilées, comme dans les arrachements; qu'en un mot elles sont disposées de façon à rendre l'hémostase spontanée plus facile. Il est probable aussi que les artères doivent se rompre autrement que les veines et les capillaires. Nous ne connaissons guère d'autres expériences sur ce point que celles qui ont été faites par les chirurgiens étudiant les effets des ligatures minces et larges, de la forcipressure, de la mâchure, de l'écrasement linéaire, etc. Quoi qu'il en soit de ces suppositions, il paraît prouvé que la quantité de sang perdue est moins grande après la contusion qu'après les autres modes de diérèse vasculaire. En effet, dans les écrasements des membres, dans les plaies par armes à feu, et en général dans les contusions avec plaie tégumentaire, laquelle permet l'issue libre au dehors, la quantité totale du sang est médiocre et quelquefois presque nulle.

La règle toutefois n'est pas absolue; il n'est pas rare, lorsqu'un membre a été complètement détaché par le passage d'une roue de voiture ou de wagon, de constater d'abord une hémorrhagie primitive considérable et de trouver à la surface du moignon de gros vaisseaux imparfaitement oblitérés, qui continuent à fournir une quantité notable de sang. Dans les contusions cavitaires, rien de plus commun également que l'accumulation d'une grande proportion de sang dans les cavités naturelles en communication avec le foyer. Enfin, dans les contusions interstitielles des membres, on peut voir ceux-ci doubler ou tripler rapidement de volume par suite d'un épanchement sanguin qui révèle une abondante hémorrhagie interne.

Ces différences tiennent certainement, en grande partie, au nombre et au calibre des vaisseaux ouverts et à la disposition des déchirures vasculaires; mais il faut aussi tenir compte de plusieurs autres conditions, si l'on veut comprendre l'établissement précoce ou tardif de l'hémostase.

Cet acte, quelle que soit la cause de l'hémorrhagie, s'accomplit grâce à la formation d'un obstacle siégeant dans la paroi vasculaire

ou en dehors d'elle; en d'autres termes, le sang s'arrête quand le vaisseau se contracte, quand il est comprimé de dehors en dedans, quand un corps obturant se place devant l'orifice vasculaire. Dans les contusions ouvertes, l'air agit précisément par ses propriétés excitantes et, sans doute, aussi par sa température, il fait contracter les vaisseaux. Cette double influence fait défaut dans les contusions interstitielles et cavitaires.

En revanche, dans ces dernières l'épanchement sanguin devient à son tour agent efficace d'hémostase par l'action mécanique qu'exerce, sur la plaie vasculaire et sur les parties adjacentes des vaisseaux, le caillot plus ou moins rapidement formé. A la vérité, ce caillot doit pour agir avoir acquis une certaine consistance, ce qui peut entraîner quelque délai, et, d'autre part, trouver un point d'appui dans les parties ambiantes. Cette dernière condition est importante; en effet, le sang est-il versé dans une région où existent soit des cavités naturelles, soit des espaces conjonctifs très larges et très perméables, l'hémostase sera tardive; prompte, au contraire, dans les points où l'imperméabilité des tissus et leur résistance à la distension seront très marquées.

N'oublions pas de signaler encore l'influence considérable qu'exercent sur l'hémostase les qualités du sang lui-même, et la facilité plus ou moins grande avec laquelle il se coagule. Nous avons vu sur des sujets mal portants des contusions insignifiantes donner lieu à des épanchements sanguins très étendus; nous avons dans nos notes deux observations remarquables à ce point de vue. L'un des sujets était leucocythémique, l'autre affecté de congestion chronique du foie. Tout le monde parle des hémophiles, des scorbutiques et de personnes paraissant jouir d'une bonne santé, et chez lesquelles cependant les plus faibles pressions font naître des ecchymoses.

L'hémostase n'est jamais soudaine et ne s'effectue probablement jamais au même instant dans tous les vaisseaux divisés par l'agent contondant, de sorte que le sang s'écoule toujours en certaine quantité hors de ses voies. Tout d'abord il se loge dans la cavité créée primitivement par la diérèse et la remplit. Pour peu que les parois de l'excavation soient extensibles, il les écarte et forme dans leur intervalle des dépôts plus ou moins volumineux, de véritables *tumeurs sanguines* à contours limités. Si les parois susdites ne sont point extensibles, le sang ne peut pas se collecter dans leur intervalle, et quand leur distension a atteint son maximum, la tumeur sanguine ne peut plus augmenter. Si dans ces conditions le sang est encore fluide, s'il est encore en communication directe

avec les vaisseaux et animé du mouvement qui le fait cheminer dans le torrent circulatoire, il cherche bon gré mal gré à se frayer un passage; profitant alors de la laxité, de la perméabilité du tissu conjonctif, il s'insinue entre ses faisceaux, les écarte et s'étend au loin en suivant les voies les plus libres, les espaces intermusculaires, les gaines vasculo-nerveuses, etc. Bien qu'il se présente en ces points en couches parfois assez épaisses, il ne forme pas de collections proprement dites, mais seulement ce qu'on appelle des ***infiltrations sanguines***.

La différence entre ces deux formes d'extravasation consiste en ceci, que la tumeur sanguine ne renferme que du sang, et que dans l'infiltration les faisceaux du tissu conjonctif constituent dans l'épaisseur du caillot un véritable réticulum.

Dès que la force qui pousse le sang hors de ces voies ne se fait plus sentir, ou dès qu'elle est surpassée par la résistance des parties molles ou dures de la cavité traumatique, le sang, devenu immobile et surtout exposé à des contacts nouveaux pour lui, se coagule, en *totalité ou* en partie. Les tumeurs et infiltrations sanguines cessent *de s'accroître*, ce qui ne veut pas dire qu'elles restent stationnaires, car elles sont aussitôt soumises à un double travail de dissémination et d'*élimination*.

La dissémination, dispersion, diffusion ou migration du sang primitivement extravasé, est un fait trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Il se continue pendant un temps souvent fort long, plusieurs jours et même plusieurs semaines après la blessure. Sa cause principale réside dans la réaction mécanique des tissus que le sang a tout d'abord violemment écartés pour se faire place, et qui tendent à reprendre leur situation naturelle. Cette migration consécutive se fait d'après les mêmes lois physiques qui ont présidé à l'infiltration initiale; elle suit les espaces conjonctifs lâches, côtoie les plans résistants fournis par les os et les aponévroses, obéit enfin aux forces de la pesanteur et de la contraction musculaire.

Cette dispersion du sang explique l'apparition des ecchymoses tardives et fort distantes du point blessé; elle est aussi l'une des causes de la diminution rapide de quelques tumeurs sanguines.

Dans un certain nombre de cas, le sang tout entier émigre ainsi : c'est ce qui arrive peu de temps après la blessure, avant la coagulation ou lorsque celle-ci est retardée par une cause quelconque; mais le plus souvent une partie seulement du fluide extravasé se déplace. En effet, dans les espaces conjonctifs et dans les cavités

organiques, comme à l'extérieur, le sang ne tarde pas à se coaguler. La partie liquide, le sérum mis en liberté, obéit aux forces dissé-minatrices, tandis que le caillot reste en place, adhérent qu'il est aux tissus qu'il infiltre et au réticulum qui le sillonne. Ce sérum toutefois n'est pas pur comme dans la palette d'une saignée, il renferme d'ordinaire une certaine quantité de globules rouges ou pour le moins la matière colorante de quelques-uns d'entre eux.

L'élimination est le second travail auquel est soumis le sang épanché. Elle a lieu directement, par expulsion pure et simple, dans certains cas de plaies contuses ou de contusions cavitaires en communication indirecte avec l'extérieur; mais ce procédé est exceptionnel, et c'est à l'absorption qu'est dévolue, dans les contusions interstitielles du moins, la tâche de faire disparaître le sang collecté ou infiltré.

Il n'est pas impossible que le sang passe en nature du foyer traumatique dans le torrent circulatoire, comme tendent à le démontrer les observations de Marfels sur l'abondance des hématies dans les lymphatiques qui reviennent d'une région contusionnée; mais le plus communément le sang subit au préalable diverses modifications : d'abord, par le fait de la coagulation, il se sépare en deux parties inégales, caillot et sérum, sur lesquelles l'absorption peut s'exercer par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques et sanguins restés perméables du foyer contus.

Les auteurs, sans autres preuves que les terminaisons lointaines de la contusion, ont attribué à l'absorption une action fort capricieuse. Tantôt elle n'enlèverait que la sérosité pure ou chargée des détritus de quelques globules, le caillot resterait inattaqué; tantôt il le serait, mais partiellement, cédant dans un cas sa fibrine seule et dans un autre ses globules exclusivement; parfois enfin, les parties solides du sang rentreraient dans le torrent circulatoire, mais la sérosité sanguine continuerait à occuper la cavité de la blessure. Enfin fibrine et globules, en d'autres termes, la masse solide persistante se transformerait directement en tumeurs fibreuses, sarcomateuses, cancéreuses, etc. Malgré l'autorité des chirurgiens qui ont décrit ces processus (J. Hunter, Velpeau), nous croyons peu à leur réalité et nous y voyons plutôt des conceptions de cabinet que le résultat d'une observation directe suffisante.

Nous reviendrons plus loin sur ce sujet en parlant des terminaisons de la contusion, mais nous pouvons dire dès à présent que les recherches peu nombreuses, à la vérité, que nous avons faites sur les foyers contus, et surtout les études modernes entreprises sur

les épanchements sanguins, les ecchymoses, la genèse des kystes et des néoplasmes, ne permettent guère d'admettre les théories en question. Il est vrai que la résorption de toutes les parties du sang n'est pas simultanée, que les liquides disparaissent avant la fibrine et les globules, mais il est faux qu'en cas de kystes consécutifs le fluide qu'ils renferment soit le sérum primitif du sang; il est faux aussi que la fibrine ou la masse globulaire s'organise directement en tissu physiologique ou pathologique. Nous renvoyons le lecteur aux articles SANG, HEMATOME, ECCHYMOSE, etc. En attendant nous lui conseillons de consulter le beau *Traité des humeurs* de Ch. Robin, à l'article SANG et en particulier aux pages 112, 223 et suivantes.

Le sang épanché contient naturellement une certaine proportion de globules blancs ou leucocytes auxquels on a voulu faire jouer un rôle spécial, leur attribuant, par exemple, le pouvoir de s'organiser ou de se métamorphoser en éléments du tissu conjonctif. Nous ne voyons là qu'une nouvelle preuve de cette tendance de quelques auteurs à exagérer, outre mesure, l'importance de tel ou tel élément anatomique; c'est affaire de mode; celle-ci passera comme les autres. Le fluide contenu dans les foyers de contusion peut renfermer à la vérité une très grande proportion de leucocytes, mais il s'agit alors d'une complication inflammatoire et d'une suppuration imminente ou réalisée du foyer.

La disparition du sang épanché est rapide ou lente, totale ou partielle, variations qui intéressent beaucoup le pronostic. L'élimination est certaine quand le foyer suppure, comme dans les contusions avec plaie et dans les contusions interstitielles suivies d'abcès hématiques. La résorption est prompte et complète dans les contusions de petite étendue, sans production de tumeurs sanguines volumineuses, sans travail phlegmasique intense ou prolongé, chez les enfants et les sujets bien portants; lente et imparfaite dans les conditions opposées. En cas de contusions cavitaires et surtout lorsque le sang est versé dans des cavités séreuses, les caillots au moins persistent pendant un temps infini; on a parlé d'épanchements dans lesquels le sang avait conservé tous ses caractères de couleur et de fluidité, au bout de plusieurs mois, voire de plusieurs années; mais ces faits, d'ailleurs de date ancienne, sont douteux et pourraient recevoir une autre interprétation.

Le mélange du sang avec d'autres fluides, les différentes sérosités, par exemple, paraît lui donner la propriété de résister très longtemps à l'absorption. La chose est manifeste pour les bosses

sanguines au niveau des bourses muqueuses sous-cutanées, des synoviales et des séreuses en général.

La compression exercée par des tissus distendus, en même temps qu'elle favorise la dissémination du sang infiltré, concourt également à accélérer son absorption.

La disparition lente et incomplète du sang a des inconvénients et des périls; tant que reste une masse liquide ou solide, elle agit comme corps étranger et empêche la guérison complète, c'est-à-dire l'effacement de la cavité par réunion de ses parois. De plus, elle provoque dans ces dernières un travail irritatif que nous étudierons dans un instant. Or, il est bon de savoir que cette lenteur dans l'absorption sanguine est fort commune, quoiqu'elle ne laisse pas toujours de traces extérieures. Lorsque le hasard permet d'examiner des foyers très anciens de contusion, on y retrouve souvent des granulations pigmentaires, des cristaux d'hématoïdine et autres débris du sang. Certainement ces molécules sont généralement tolérées par les tissus, mais, en fin de compte, elles en altèrent la texture et constituent pour eux une tare locale plus ou moins compromettante pour l'avenir.

Epanchements de sérosité. — Au lieu de sang pur, la cavité renferme parfois un liquide plus ou moins semblable au sérum sanguin, légèrement filant, jaunâtre ou coloré en rouge clair, limpide ou mélangé de quelques petits caillots, de quelques débris fibrineux; rassemblé en quantité parfois considérable, il forme au-dessous de la peau des collections très fluctuantes, offrant des caractères cliniques assez spéciaux pour pouvoir être reconnues sur le vivant et distinguées des tumeurs hématiques ordinaires. Pelletan avait nettement indiqué cette variété dans deux observations qui peuvent servir de types. Velpeau l'avait également vue, mais c'est à Morel-Lavallée qu'on en doit la première description complète.

Les épanchements de sérosité succèdent à des pressions obliques décollant la peau dans une large étendue sans la rompre ni même la contondre violemment; ils siègent en certaines régions particulières où le tégument d'ailleurs très solide et assez mobile repose immédiatement sur des aponévroses épaisses : telles la face dorsale du tronc, la face externe de la cuisse, la région sacrée, etc.

Rapidement collecté en général, le liquide se résorbe au contraire avec lenteur, et il n'est pas rare de retrouver la tumeur fluctuante presque sans changement un mois ou deux après son apparition. Toutefois cette persistance n'est pas constante, car nous avons vu, chez un sujet jeune à la vérité, une énorme collection de la région

dorsale formée à la suite d'une chute d'un lieu élevé et qui disparut en quarante-huit heures, bien qu'elle présentât tous les signes de ces épanchements réputés si réfractaires à l'absorption. Quoi qu'il en soit, la forme chronique existe et s'observe assez fréquemment.

Plusieurs auteurs, Lebert, Ch. Robin, Quévenne, ont analysé le liquide extrait par ponction ou par incision ; ils l'ont trouvé composé d'une partie fluide analogue au sérum du sang et d'un dépôt d'ailleurs peu abondant dans lequel le microscope constatait la présence de gouttelettes graisseuses, de globules blancs et rouges plus ou moins altérés, et de matière colorante du sang précipitée en fines granulations. La paroi du foyer a été également examinée. On l'a trouvée tapissée d'une fausse membrane d'un gris jaunâtre, épaisse de près d'un millimètre et très adhérente aux tissus sous-jacents.

Si la forme en question est cliniquement admise par tout le monde, la pathogénie, en revanche, est encore fort discutée. Quelques-uns ne voient là qu'une variété de l'épanchement sanguin ordinaire avec résorption prompte du caillot et persistance du sérum. Velpeau croit qu'une violence extérieure froissant les parties peut imprimer à la couche sous-cutanée une telle force d'exhalation, que bientôt il s'établit entre l'aponévrose et la peau une collection de sérosité. Morel-Lavallée pense que le liquide vient de la rupture de petits vaisseaux dont les extrémités froissées ne laissent plus s'écouler que les parties les plus ténues du sang.

M. Grynfelt, agrégé à la Faculté de Montpellier, dans une leçon clinique fort intéressante d'ailleurs, assimile ces collections à des hygromas aigus formés dans des cavités sous-cutanées en tout comparables aux bourses muqueuses, lesquelles n'en diffèrent que par la lenteur de leur développement. Le liquide épanché serait fourni par la surface des espaces conjonctifs qui se rapprochent, d'après les données modernes, des cavités lymphatiques (*Épanchement traumatique de sérosité.* Broch. in-8°, Montpellier, 1875).

Tout cela est un peu vague. Il est certain que ces vastes foyers, à leur début du moins, renferment une certaine quantité de sang provenant de la rupture des vaisseaux qui, traversant les aponévroses, vont se rendre à la face profonde de la peau. La présence de ce sang est révélée par l'ecchymose superficielle et par les résultats de l'examen microscopique des dépôts ; mais la proportion du liquide est si prédominante qu'on ne saurait croire qu'il provienne exclusivement du sang sorti des vaisseaux. Il faut donc lui chercher une

autre origine. Or, il est un phénomène commun à toutes les lésions traumatiques et qu'on doit, par conséquent, retrouver dans la contusion. Nous voulons parler de l'exhalation non sanguine qui provient des surfaces blessées, et qui, dans les plaies ouvertes, imbibe en si grande abondance quelquefois les pièces de pansement. La composition chimique et la provenance de ce fluide sont mal connues, il faut l'avouer; on ne s'accorde pas même sur le nom qui lui convient. Ceux-ci l'appellent lymphe plastique, ceux-là simplement sérosité. Il est possible qu'il provienne directement des vaisseaux dont il traverserait les parois, comme dans la production des œdèmes; il pourrait être sécrété par les parois des espaces conjonctifs agissant à la manière des membranes séreuses. Enfin les lymphatiques, ouverts en même temps que les vaisseaux sanguins, pourraient verser leur contenu dans le foyer. Toujours est-il que le phénomène existe, et que, dans la cavité close des contusions interstitielles, le fluide, quelle que soit sa provenance, doit s'accumuler, ne pouvant s'écouler au dehors comme dans les plaies ouvertes à l'extérieur.

La formation des bosses séreuses est tout aussi compréhensible que celle des bosses sanguines; il est probable même que le fait est commun, mais qu'il passe inaperçu, si ce n'est quand la collection prend de grandes proportions et persiste un certain temps. En tout cas, les hygromas traumatiques sont fréquents lorsque des contusions, même légères, portent sur les points où existent des bourses séreuses sous-cutanées, et l'on observe tous les jours des hydarthroses nées sous les mêmes influences.

Quant à la persistance des collections séreuses, si habituelle dans les hygromas et les hydarthroses traumatiques, elle se comprend également pour les épanchements sous-cutanés, quand on songe à la disposition anatomique des régions où cette forme morbide s'observe le plus souvent, à la face externe de la cuisse, par exemple. La cavité créée par une pression oblique est fort mal disposée pour absorber les liquides épanchés, ayant pour paroi d'une part l'aponévrose *fascia lata*, fort peu vasculaire, de l'autre la face profonde de la peau, et n'offrant nulle part de vaisseaux rampant dans le tissu conjonctif sous-cutané, comme cela s'observe dans d'autres régions superficielles du corps.

Nous savons que le sang sorti de ses vaisseaux forme, suivant qu'il s'accumule en des points circonscrits ou se disperse dans les espaces conjonctifs, des tumeurs ou des infiltrations sanguines. Les fluides blancs, lymphe ou sérosité, se comportent certainement de

même, mais on n'a décrit encore que les collections séreuses, et l'on n'a rien dit des infiltrations incolores. C'est à elles sans doute que l'on doit rappporter les œdèmes périphériques, certaines indurations sans changement de couleur à la peau qui avoisinent les foyers contus. Ce point d'anatomie pathologique mériterait certainement d'être étudié. Nous en dirons autant de la *lymphorrhagie interstitielle*, que nous sommes très disposés à admettre, mais sur laquelle nous ne possédons rien de précis.

Une autre lacune est en train peut-être de se combler. Le tissu adipeux est si généralement répandu dans l'économie et surtout dans les couches sous-cutanées, qu'on ne conçoit guère de contusion sans attrition de ses lobules et sans rupture des vésicules graisseuses. *L'huile* qu'elles renferment est alors mise en liberté et se mêle aux fluides sanguin et séreux. Le fait est connu depuis longtemps dans les fractures comminutives, où le tissu médullaire est plus ou moins largement broyé. Nous savons peu de choses sur la destinée de cette graisse; peut-être est-elle résorbée, peut-être devient-elle l'origine de ces cristaux de cholestérine que le microscope découvre si communément dans les anciens foyers de contusion; peut-être, comme le pensent certains auteurs allemands, fournit-elle ces embolies graisseuses dont on a tant parlé, et qu'on observerait particulièrement dans les écrasements des membres avec fracas osseux; mais rien de tout cela n'est bien prouvé et ne le sera qu'après les expériences directes instituées sur ce sujet.

Il semble résulter de faits récemment publiés que la graisse libre peut, à la suite de certaines contusions, se collecter dans le foyer en quantité considérable, de façon à former de véritables *épanchements huileux*. M. Gosselin, le premier, a signalé cette curieuse lésion, qui a été étudiée depuis par MM. B. Anger, Broca et Casteignau. On trouvera dans la thèse de ce dernier (*Des épanchements huileux dans les lésions traumatiques*, Paris, 1875) une analyse des observations connues et un résumé des théories émises sur la genèse du phénomène. D'après cet auteur, les épanchements susdits reconnaissent les mêmes causes que les épanchements de sérosité; ils peuvent provenir de la rupture des vésicules adipeuses du tissu cellulaire, du broiement de la moelle osseuse, du passage des matières grasses contenues dans le sang à travers les parois des capillaires. En cas de fracture compliquée de plaie, la présence de globules huileux dans le liquide qui s'écoulè indique presque à coup sûr une communication de la plaie extérieure avec le foyer de la fracture. Si le liquide se collecte, il faut distinguer l'épanchement du premier

jour de celui qui se produit les jours suivants. La présence précoce des globules huileux indique seulement la rupture des vésicules adipeuses; l'apparition tardive présente une signification plus grave et indique une gangrène du tissu cellulaire ou une lésion osseuse.

Si, au lieu de nous borner à l'étude de la contusion en général, nous décrivions cette affection dans tous les points de l'économie, il nous faudrait traiter de l'extravasation d'une foule d'autres liquides normaux ou pathologiques qui peuvent sortir de leurs réservoirs rompus par les corps contondants. Tous ces fluides spéciaux, ordinairement mélangés aux liquides communs, sang, lymphe, sérosité, graisse, forment ou des collections ou des infiltrations et déterminent des effets en rapport avec leur quantité et leur qualité. On trouvera aux articles ÉPANCHEMENT, INFILTRATION, URINE, BILE, SALIVE, SYNOVIE, etc., ces notions que nous devons passer ici sous silence. Nous n'ajouterons que quelques mots sur les *épanchements gazeux* qu'on observe assez souvent dans les foyers de contusion.

Ces épanchements, d'ordinaire à l'état d'infiltrations, sont constitués par l'air atmosphérique pur ou déjà modifié par la respiration, par les gaz intestinaux, et enfin par les gaz anormaux qu'on ne rencontre point dans l'état de santé, et qui se développent au sein de nos tissus sous des influences qui ne sont pas encore parfaitement connues.

L'air atmosphérique vient toujours du dehors, directement à la faveur des plaies contuses, ou indirectement par une solution de continuité des voies aériennes. On trouvera ce qui y est relatif à l'article EMPHYSÈME. De même, à propos des *gaz intestinaux*, on traitera de leur pénétration dans les insterstices conjonctifs ou dans les cavités voisines de l'abdomen. Enfin, nous renvoyons aux articles FRACTURES COMPLIQUÉES, ÉCRASEMENT, GANGRÈNE, SEPTICÉMIE, pour ce qui a trait à la production spontanée, dans l'épaisseur des membres, de gaz putrides divers qui ne sont point empruntés au monde extérieur. Tout en faisant remarquer que les contusions violentes provoquent leur apparition plus que toute autre lésion traumatique ou spontanée, il n'est pas vraisemblable que la simple commotion des tissus puisse les engendrer comme on l'a avancé ; en revanche, il est bon de rappeler que l'état constitutionnel des blessés y prédispose bien plus encore que le genre et le siège de la blessure.

Toutes sommaires qu'elles soient, les indications précédentes font comprendre l'extrême complexité de composition du contenu des

foyers de contusion, et prévoir les actions infiniment variées que peuvent exercer sur les parois de ces foyers des fluides aussi divers, susceptibles d'ailleurs de former une foule de combinaisons. Nous regrettons que l'espace qui nous est assigné ne nous permette pas de nous étendre davantage.

Changements ultérieurs dans les parois. — Les modifications survenant dans les parois du foyer ne sont pas moins importantes que celles que nous venons d'étudier. Elles leur sont même en grande partie subordonnées, ce qui revient à dire que les phénomènes divers dont la paroi devient le siège sont des conséquences directes des changements subis par les fluides épanchés ; il est facile en effet de reconnaître une sorte de lutte entre le contenant et le contenu. La paroi se modifie sans cesse pour réaliser la guérison, c'est-à-dire la synthèse de la solution de continuité. Les liquides au contraire mettent continuellement obstacle à ce travail réparateur et le triomphe de la nature curatrice n'est possible qu'après la levée de l'obstacle susdit. La connaissance de cet antagonisme peut seule faire comprendre les terminaisons si variées de la contusion. Aussi, pour faciliter l'intelligence de tout ce qui va suivre, formulerons-nous la proposition suivante :

Comme toutes les lésions traumatiques, la contusion tend à guérir spontanément. Ce but est atteint quand la cavité traumatique est effacée par la réunion de ses parois ; cette synthèse est réalisée par une série d'actes dont ces parois deviennent le siège et n'est guère entravée que par la présence plus ou moins prolongée des fluides dans la cavité traumatique.

Décrivons donc les actes du travail réparateur.

Ils sont fort simples dans les cas légers ; les parois momentanément écartées réagissent et compriment l'épanchement, que les vaisseaux qui rampent dans leur épaisseur se mettent en devoir d'absorber. Dès que ce dernier acte est accompli, les parois se remettent en contact et adhèrent, sans doute par un mécanisme analogue à celui de la réunion par première intention.

Tout cela peut commencer quelques instants après la blessure et s'achever dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours ; mais le début ainsi que l'achèvement final du processus peuvent être plus ou moins tardifs. Cela dépend essentiellement de la circulation pariétale du foyer. En effet, des vaisseaux intéressés dans la contusion, les uns sont lésés, les autres sains ou tout au plus temporairement comprimés. Dans les premiers d'abord doit s'effectuer l'hémostase, laquelle implique l'oblitération dans une certaine

étendue, et par conséquent l'ischémie dans une zone plus ou moins grande, où naturellement l'absorption est nulle. Aux limites des points thrombosés, les vaisseaux sains au contraire se dilatent sous l'effort du sang arrêté dans sa marche et qui tend à pénétrer de nouveau dans le territoire qui lui est interdit. Tant que dure la congestion, le réseau vasculaire qui en est le siége, loin d'absorber, tend plutôt à exhaler et à verser un liquide séreux qui s'ajoute au sang déjà épanché. C'est seulement quand la circulation est rétablie dans les parois du foyer que peut diminuer le contenu de ce dernier.

Heureusement les choses se passent un peu différemment dans les points où le sang n'est qu'infiltré dans les mailles du tissu conjonctif, avec simple écartement des fibres lamineuses, sans lésion vasculaire. La circulation a conservé là toute son activité et l'absorption toute sa puissance. Aussi le sang et les sérosités disséminés disparaissent-ils beaucoup plus rapidement que les mêmes fluides collectés, et les épanchements diminuent-ils de la périphérie au centre.

D'autres causes contribuent à entraver l'absorption prompte des extravasats. Pour peu que ceux-ci séjournent dans la trame de nos organes, ils agissent à la manière de corps étrangers et provoquent autour d'eux un travail irritatif qui suscite bientôt dans le tissu conjonctif une prolifération plus ou moins active. Une zone isolante prend naissance; elle est analogue à la membrane granuleuse formée comme elle de noyaux et de jeunes cellules, primitivement pauvre en vaisseaux et par conséquent peu disposée à l'absorption. L'induration des parois du foyer, l'apparition à la circonférence des collections séro-sanguines d'un bourrelet adhérent et dur au toucher, traduisent cette néoplasie qui présage presque sûrement la persistance de la collection.

Cette irritation périphérique est bien voisine de l'inflammation, si elle n'en est pas même un des premiers degrés. Au contact de la paroi enflammée, le sang change de caractères; au lieu d'être simplement coagulé, il forme des dépôts fibrineux résistants, quelquefois stratifiés, réfractaires à l'absorption, et qui isolent encore plus du réseau vasculaire perméable la masse centrale de l'extravasat.

Ainsi constituée par des tuniques fibrineuses et fibro-plastiques, la paroi nouvelle surajoutée à la face interne de la cavité contuse devient un véritable organe pathologique qui, pour nous servir d'une expression consacrée, enkyste l'épanchement, le conserve

en quelque sorte, et en tout cas s'oppose à la coaptation des surfaces séparées, c'est-à-dire à la guérison.

Temporaire comme la plupart des néoformations conjonctives, cette paroi finit heureusement par disparaître et laisse le champ libre au travail de résorption. Mais les choses peuvent se passer différemment. Le pseudo-kyste s'organise définitivement; il devient fibreux, s'enrichit d'un réseau capillaire propre et vit à la manière d'une membrane préexistante. Tantôt sa face interne est lisse et régulière comme celle d'une séreuse; tantôt elle reste inégale, tomenteuse, tapissée par des débris fibrineux et sillonnée de vaisseaux imparfaits.

Dans le premier cas, elle parvient à la longue à absorber jusqu'aux dernières traces du caillot primitif et ne renferme plus alors qu'un liquide séreux qu'elle exhale pendant un temps indéterminé, sinon illimité : le foyer s'est métamorphosé en un kyste néogène.

Dans le second cas, la pseudo-membrane devient, à l'occasion des moindres violences et même spontanément, le siège de ruptures vasculaires et d'hémorrhagies successives qui perpétuent indéfiniment le mal et engendrent ces tumeurs dites hématomes chroniques, hématocèles, etc., dont Gosselin a parfaitement indiqué la pathogénie pour la tunique vaginale du testicule.

Enfin des tumeurs solides elles-mêmes peuvent apparaître par suite d'une déviation extrême du travail réparateur; et voici comment.

L'enveloppe accidentelle formée autour de l'épanchement est constituée par des éléments jeunes du tissu conjonctif, noyaux, cellules embryo-plastiques et fibro-plastiques : or, au lieu de disparaître ou de s'organiser en tissu fibreux, cet exsudat peut vivre et s'accroître à la manière des kéloïdes cicatricielles ordinaires, et former des masses plus ou moins volumineuses offrant les caractères cliniques, la marche et le pronostic de ce qu'on nomme actuellement le sarcome fibro-cellulaire. Un très bel exemple de ce genre a été observé au scrotum et décrit avec soin par Nepveu. C'est ainsi que naissent encore les fongosités articulaires ou tendineuses, le granulome, etc. Il n'est pas rare de retrouver au centre et dans certains points de ces masses sarcomateuses des vestiges de l'épanchement sanguin primitif, persistant même après plusieurs années et constitués surtout par des fragments fibrineux et des résidus de la matière colorante du sang; il s'y mêle aussi des caillots sanguins plus récents provenant d'hémorrhagies insterstitielles successives.

Lorsqu'au lieu de siéger exclusivement dans les espaces conjonc-

tifs, la contusion porte sur des glandes ou sur des os, les éléments de ces tissus participent souvent à l'hyperplasie; et c'est ainsi que naissent des exostoses, des périostoses, des ostéo-sarcomes, des enchondromes, et jusqu'aux différents néoplasmes compris dans la classe des cancers.

Les anciens chirurgiens avaient bien observé et bien décrit toutes ces suites possibles de la contusion; ils s'étaient seulement trompés en les faisant dériver de modifications subies par les liquides épanchés, tandis qu'en réalité elles ont uniquement leur origine dans les parois du foyer devenues le siège d'un travail réparateur anormal.

Le sang, les sérosités et les liquides quelconques sortis de leur voie sont, on ne saurait trop le redire, tout à fait incapables de s'organiser, et jouent tout au plus dans la production des néoplasies susdites le rôle de cause excitante ou provocatrice. Les dispositions individuelles et les états constitutionnels du blessé font le reste. Ce qui tend à en fournir la preuve, c'est que ces terminaisons insolites n'appartiennent guère qu'aux contusions interstitielles, et sont au moins fort rares après les contusions avec plaie ou plaies contuses, dans lesquelles le foyer traumatique se débarrasse de son contenu, ne serait-ce que par la suppuration. On trouvera dans la thèse de M. V. Besaucèle (*Des épanchements sanguins anciens dans le tissu cellulaire sous-cutané*, Paris, 1874) une intéressante étude sur le sujet qui nous occupe, et en particulier un bon résumé des causes locales et générales qui influent sur la résorption du sang épanché.

Les exsudations purement irritatives et la prolifération conjonctive, lors même qu'elle ne prend pas le caractère des néoplasies malignes, n'en provoquent pas moins par leur persistance des résultats fâcheux. On leur doit ces engorgements indolents, ces indurations lardacées chroniques que certaines contusions laissent si longtemps après elles. Les tissus englobés dans leur épaisseur perdent leur souplesse, leur mobilité, leur extensibilité; s'il s'agit de tendons, de muscles, de ligaments, les mouvements sont gênés; les nerfs semblent épaissis, névromatiques, la peau ne glisse plus sur les plans sous-jacents, les conduits muqueux sont comprimés, déviés, en apparence rétrécis, etc. Si, au lieu de se résorber en entier, le tissu fibroïde se métamorphose en tissu fibreux inodulaire, il peut, dans la profondeur même des tissus, agir à la manière des cicatrices superficielles, c'est-à-dire souder, dévier, étouffer, comprimer, déformer les organes soumis à son action.

Deux terminaisons nous restent encore à étudier, à savoir la suppuration et la gangrène; leur interprétation n'offre point de difficultés.

Suppuration. — Terminaison assez commune à laquelle prennent part le contenu et le contenant du foyer. L'irritation si fréquente dans ce dernier dépasse-t-elle un certain degré, l'inflammation survient, et l'on voit apparaître un nouveau produit, le pus; c'est la paroi seule qui le fournit, et il ne provient pas, comme on l'a cru jadis, d'une métamorphose, d'une transformation du sang épanché. Mais, en revanche, l'inflammation pyogène est ordinairement due aux qualités que possèdent ou qu'acquièrent les fluides extravasés. En général, le sang, les sérosités, la lymphe, ne sont point phlogogènes, et quoique insolite, leur contact avec les éléments anatomiques est assez bénin. Mais il n'en est plus de même, s'il sont mélangés avec l'air extérieur et les molécules diverses charriées avec certaines matières sécrétées ou excrétées : bile, urine, fluides intestinaux, etc.; alors ils subissent des altérations chimiques imparfaitement connues, mais incontestables, et deviennent fort irritants. Ceci explique comment la suppuration envahit presque inévitablement les contusions avec plaie extérieure, et un bon nombre de contusions cavitaires; c'est pour le même motif que la terminaison susdite est tout à fait exceptionnelle en cas de contusion interstitielle, alors même que les désordres sont très étendus et que l'altération des tissus profonds est extrême.

Sous ce rapport cependant on constate des différences singulières. Tandis qu'on voit guérir sans accident quelconque des contusions énormes, on observe des inflammations violentes, des suppurations circonscrites ou diffuses, à la suite de chocs qui primitivement paraissaient sans importance. En relevant avec soin toutes les circonstances de ces cas fâcheux, on trouve soit des infractions aux règles de la thérapeutique, soit quelque vice antérieur dans la constitution du patient.

Si légère que soit une blessure, il y a indication formelle pour le blessé à assurer le repos de la partie atteinte et à observer certaines règles de l'hygiène. Or, souvent nous voyons dans nos hôpitaux des ouvriers qui, après des contusions plus ou moins sérieuses, ont continué leur travail et commis des excès. Ils arrivent au bout de quelques jours avec des phlegmons qu'il eût été facile d'éviter.

Cette influence d'un exercice intempestif est si réelle, que la suppuration est relativement beaucoup plus fréquente après des contusions légères qu'après les fractures simples, qui cependant

sont incontestablement plus graves au point de vue anatomiqu mais qui restent bénignes à cause de l'immobilité rigoureuse q dès le début on impose au membre fracturé.

Chez certains sujets néanmoins, l'observance rigoureuse des rèç que nous venons de rappeler n'empêche pas l'apparition au li contus de phénomènes inflammatoires plus ou moins intenses. chose est commune chez les vieillards, chez les sujets débiles, el les diathésiques divers. Nous avons recueilli bien des observa'ic de ce genre sur des alcooliques, sur des malades atteints antérie rement d'affections des grands viscères. La terminaison par supp ration, tout à fait exceptionnelle à la suite des lésions interstitiell nous a plus d'une fois mis sur la voie d'une maladie antérieu latente ou méconnue. Nous avons vu tout récemment un énorı phlegmon de la face postérieure de la cuisse, survenu chez un d bétique à la suite d'un froissement léger de la région susdite sur bord d'un lit.

L'inflammation des foyers contus offre plus d'un degré et pl d'une forme. Tantôt elle n'envahit que le foyer traumatique lui-mên c'est-à-dire la cavité creusée par l'agent contondant; tantôt elle diffuse dans les espaces conjonctifs, par l'intermédiaire des vaissea lymphatiques ou sanguins.

Qui dit suppuration dit production exagérée de leucocytes. D que le foyer contus s'échauffe, pour employer une expression vı gaire, on peut être sûr que sa cavité renferme une proportion pl ou moins considérable de pus mélangé aux autres liquides extravas Mais la suppuration n'est pas une même chose pour l'anatom pathologiste et pour le chirurgien. Pour celui-là elle existe d que les leucocytes apparaissent hors de leurs voies. Celui-ci, contraire, ne l'admet guère que quand le pus est collecté ou infil en quantité assez considérable pour que la nature ou l'art doive l'éliminer. Or, nous avons examiné plusieurs fois le liquide renfer dans des foyers de contusion, et nous y avons constaté la préser de leucocytes nombreux, sans que cependant la suppuration, au se chirurgical, fût imminente.

Dans d'autres cas, le phlegmon change la tumeur ou l'infiltrati sanguine en véritable abcès circonscrit ou diffus. On observe al la substitution progressive des leucocytes et du plasma purulent a hématies et aux sérosités. Au début du travail le sang est presq pur, surtout au centre du foyer, à ce point que le chirurgien, croy: ouvrir un abcès, n'extrait qu'un caillot plus ou moins noir, plus moins diffluent. Plus tard, les deux fluides se mélangent en prop

tions presque égales ; plus tard enfin, le pus sort presque pur ou seulement avec une teinte rougeâtre, vineuse, etc. La formation du pus est rapide ou lente, et les phénomènes locaux du phlegmon intenses ou très modérés. Chez les sujets vigoureux en apparence, et aussi chez les cachectiques et les diathésiques, la métamorphose s'effectue en général très rapidement ; chez les faibles, les scrofuleux en particulier, les infiltrations purulentes sont très rares et les collections peuvent n'apparaître qu'au bout de plusieurs semaines, mois et années même. Le travail irritatif, dans le premier cas, est violent et rapide ; dans le second, sourd et presque inappréciable. Les abcès froids, suite de contusions, sont loin d'être rares, surtout en cas de contusions osseuses ou périostiques, au niveau des articulations, des parois thoraciques, etc.

La suppuration peut s'emparer d'un hématome fort ancien déjà. Il suffit que celui-ci ait été soumis à quelque contusion nouvelle ou qu'une maladie intercurrente y provoque un travail phlegmasique, comme Lassus en a rapporté un bel exemple.

Interstitiel, cavitaire ou béant, le foyer de contusion, dès qu'il est envahi par la suppuration, change de nature et prend les caractères des cavités pyogéniques ; si le travail suppuratif s'empare, par exemple, d'un hématome plus ou moins ancien, l'ouverture, après avoir donné issue au pus mélangé ou non de débris du caillot, tend fréquemment à rester fistuleuse, comme s'il s'agissait d'une cavité séreuse ou kystique suppurée. La constitution de la paroi, son épaisseur, sa rigidité, la présence à sa face interne de stratifications fibrineuses, expliquent suffisamment cette transformation particulière dont le pronostic est d'ailleurs assez sérieux.

L'inflammation conduit parfois à une autre terminaison, la *gangrène*, dont nous allons dire quelques mots.

Gangrène. — Ce sujet a déjà été effleuré à propos de l'attrition en général, et de la destinée que subissent les éléments anatomiques et tissus soumis à la contusion, lesquels peuvent périr par atrophie, nécrobiose et sphacèle proprement dit. Nous avons donc ici peu de choses à ajouter. La gangrène rapide du contenu et des parois est la règle dans les contusions exposées et dans maintes contusions cavitaires. A la vérité elle est parfois très limitée et n'envahit qu'une mince couche des tissus qui tapissent la face interne du foyer, alors elle passe presque inaperçue ; mais elle peut aussi s'étendre au loin et comprendre de larges segments cutanés, de vastes lambeaux et jusqu'à des membres entiers.

Dans les contusions interstitielles elle est beaucoup plus rare

parce que la peau possède une grande vitalité et que la circulation, momentanément suspendue, s'y rétablit assez aisément d'ordinaire: cependant, quand la désorganisation primitive est réalisée, quand, sans être trop fortement lésé, le tégument est soulevé, distendu à l'excès de dedans en dehors par un épanchement énorme, par une tête luxée, par un fragment osseux, quand enfin la déchirure d'un gros vaisseau ou la thrombose progressive ischémie tout un membre ou y arrête la circulation en retour, la mortification tégumentaire est fort à craindre; elle est presque inévitable lorsque la contusion frappe des points où, antérieurement à la blessure, la circulation était déjà languissante et les tissus dépourvus d'une vitalité suffisante. C'est ce qui arrive aux membres inférieurs affectés de varices ou d'œdème, au niveau des cicatrices anciennes dont le tissu est faiblement vascularisé, et enfin chez les vieillards, les cachectiques, etc.

La gangrène primitive, immédiate, est relativement rare; le plus souvent les tissus restent dans un état indécis entre la vie et la mort pendant un temps qui varie entre quelques heures et quelques jours. Au lit du malade on est fréquemment surpris de voir mourir des tissus à peine froissés et revivre en revanche des parties qui paraissaient inévitablement vouées à la mort.

Dans le premier cas, il faut toujours songer à la préexistence d'un état constitutionnel plus ou moins latent, au développement d'une inflammation profonde, ou à des oblitérations vasculaires consécutives.

La gangrène, quelle qu'en soit la source, fait naître à ses limites un travail inflammatoire utile, destiné à l'élimination de la partie morte et nécessairement accompagné de suppuration; mais ces deux processus, le premier surtout, au lieu d'être une conséquence, peuvent aussi jouer le rôle de cause. L'inflammation, en effet, en même temps qu'elle hyperémie une certaine zone de tissus à la périphérie du foyer, en ischémie parfois une autre et en thrombosant ses vaisseaux y rend impossible le rétablissement du courant sanguin. Elle achève alors ce que l'attrition a commencé et, coupant les vivres aux parties contuses, en détermine fatalement la perte : de là une sorte de gangrène secondaire ou par inflammation admise de tout temps et avec raison, même dans les contusions interstitielles. Comme le travail phlegmasique peut se développer dans tous les points du foyer, la gangrène parfois naît dans la profondeur et n'atteint que plus tard la surface. C'est ce qui arrive en certains cas de phlegmon diffus superficiel et même sous-aponévrotique; cette

terminaison, malheureusement assez commune, s'observe surtout chez les diathésiques et les cachectiques; nous en avons recueilli un bel exemple chez un diabétique, dont nous avons parlé plus haut.

La mortification tardive de la peau a pour inconvénient sérieux de mettre en communication avec l'extérieur des cavités plus ou moins remplies de sang ou de sérosité, ce qui aggrave toujours le pronostic. Enfin, qui dit gangrène dit perte de substance : aussi cette terminaison, à la superficie ou dans la profondeur, laisse des traces plus ou moins durables et engendre des difformités plus ou moins choquantes et des infirmités plus ou moins compromettantes pour les fonctions.

Si abrégé qu'il soit, l'exposé qui précède montre que la contusion est un véritable *protée morbide*. Nulle autre affection chirurgicale, en effet, n'offre plus de variétés dans son siège, ses aspects et ses formes; nulle autre n'entre en combinaison plus fréquente avec les différentes lésions traumatiques ou spontanées, qu'elle les complique ou qu'elle en soit compliquée à son tour; nulle autre ne subit de métamorphoses plus nombreuses et plus radicales, et n'engendre plus d'affections secondaires où l'on reconnaît à peine la cause initiale; nulle autre ne joue plus largement le rôle pathogénique quasi-universel et ne provoque plus aisément toute la série des processus morbides généraux et particuliers; nulle autre enfin ne comporte dans le présent et l'avenir un pronostic plus incertain à cause des terminaisons multiples qu'elle présente, et des conditions complexes qui régissent ces terminaisons. En un mot, il n'est point de chapitre de la pathogénie générale ou spéciale où l'on ne trouverait à glaner quelque chose, si l'on voulait écrire une histoire vraiment complète de la contusion.

SYMPTOMES ET SIGNES

Exposer d'une manière générale la symptomatologie de la contusion n'est pas chose facile, car il n'est, pour ainsi dire, pas un seul phénomène morbide, local ou général, qui ne puisse se montrer au début ou dans le cours de l'affection. Si certaines contusions se ressemblent et peuvent être comparées entre elles, d'autres n'ont guère de commun que la cause et la lésion initiale, et pour tout le reste diffèrent absolument.

Quoi de plus disparate que les contusions du cerveau et de la

mamelle, de l'abdomen et du pied, des muscles et des os? Quels rapprochements utiles établir entre elles? Quel intérêt trouverait-on à réunir dans une liste interminable de symptômes et de signes la crépitation et l'hémiplégie, la syncope et l'épistaxis, la claudication et les vomissements, tous phénomènes qu'engendrent cependant les corps contondants, suivant la région qu'ils atteignent.

Frappés de ces différences, les auteurs ont divisé les symptômes de la contusion en *spéciaux* et *communs*, les premiers constatables en certaines régions et pour certains tissus et organes confinés dans des points limités de l'économie; les seconds, qu'on observe presque partout, parce que les lésions qui les enfantent portent sur des tissus distribués dans tous les points du corps. Ensuite on a renvoyé l'étude des uns à l'histoire des contusions locales et gardé seulement les autres pour esquisser la symptomatologie générale de la contusion.

Cet expédient simplifie certainement l'exposition, mais en revanche détruit l'unité du groupe et ne saurait en représenter l'ensemble, puisqu'il en retranche la plupart des détails. La séparation se fait d'ailleurs d'une façon arbitraire, car, si l'on met de côté les organes spéciaux, les glandes, les viscères, etc., on englobe de l'autre le tégument, les tissus conjonctif et adipeux, les muscles, les vaisseaux et nerfs, les pièces solides de l'appareil locomoteur. Le cadre à la vérité est assez vaste; il l'est même trop, paraît-il, car on le diminue encore. Si le corps contondant, en effet, brise un os volumineux, rompt un gros vaisseau, froisse un gros nerf, ouvre une grande articulation, le cas est renvoyé aux chapitres des fractures, des anévrysmes, des lésions nerveuses ou articulaires.

Si le même corps contondant frappe la tête, la poitrine, l'abdomen, et lèse, sans parler des parois, les viscères plus profondément situés, nouveau renvoi du cas aux chapitres consacrés aux lésions du crâne, du thorax ou du ventre, à la contusion du cerveau, du poumon, du foie, de l'intestin, etc. De sorte que si, par exemple, il y a contusion un peu violente des bourses, il faudra, pour en connaître la marche et le pronostic, chercher dans la contusion en général ce qui a trait au scrotum, et trouver dans un autre endroit les effets de la lésion coïncidante du testicule.

En somme, on trace exclusivement la symptomatologie de la contusion avec les faits dans lesquels la lésion ne porte que sur les membres, en respectant le squelette, les vaisseaux, nerfs et muscles importants, et sur les parois des cavités splanchniques, sans atteindre le contenu de ces dernières. Il faut cependant convenir qu'à

côté des cas où les dégâts anatomiques sont relativement limités et médiocrement graves, on range aussi ceux où l'attrition portée à ses dernières limites détruit indifféremment les parties mollés et les parties dures, les parois cavitaires et les organes nobles sous-jacents. En effet, les écrasements complets, le broiement des viscères, rentrent d'emblée dans le cadre de la contusion.

Nous savons bien quels motifs allèguent les classiques pour séparer des lésions de même ordre, ne différant que par l'étendue et le degré, et pour en réunir d'autres qui n'ont de commun que la violence de l'action vulnérante, ils se basent sur le pronostic. La diérèse d'un os, d'un gros vaisseau, d'un gros nerf, d'un viscère important, disent-ils, donne à l'accident une physionomie si particulière, une allure si spéciale, que la considération de la cause devient secondaire, et que tout l'intérêt se concentre sur les effets. En revanche, dans les cas très graves, le pronostic est essentiellement régi non plus par la lésion de tel ou de tel tissu ou organe, mais par l'effroyable désorganisation qui atteint un district quelconque de l'économie et par l'impossibilité d'y voir s'accomplir le travail réparateur.

En un mot, la contusion n'est, dans la première série de faits, qu'une circonstance accessoire dont on peut tenir compte, si l'on veut, en admettant des fractures, des anévrysmes, des paralysies compliquées de contusion. Dans la seconde, le mode d'action de la violence est presque tout; la diversité des tissus atteints, presque rien. Rien n'empêche cependant de signaler cette dernière, en admettant des contusions compliquées de fracas des os, de ruptures vasculaires, nerveuses et viscérales.

Tel est le raisonnement que nous nous permettons de trouver plus spécieux que solide. A notre avis, pour indiquer complètement les signes et symptômes qui, au lit du malade, traduisent une affection quelconque, il faut évidemment utiliser tous les cas connus, quels qu'en soient le siège, l'étendue, les formes et variétés, puis en extraire la quintessence, c'est-à-dire toutes les notions ayant un caractère suffisant de généralité.

C'est ce que nous allons essayer de faire. Toutefois, nous ferons remarquer que la contusion, ne différant des autres lésions traumatiques que par son mode de production et par l'altération plus ou moins étendue des tissus, n'a guère de symptômes qui lui soient propres et qu'on ne retrouve dans les autres traumas ; il est certain que la formation d'un foyer, l'extravasation des fluides, des troubles de la circulation, de l'innervation et de la nutrition, les actes successifs normaux ou anormaux du travail réparateur, les complications

fortuites ou précoces, les terminaisons heureuses, fâcheuses ou fatales, ne lui appartiennent pas plus qu'aux ruptures, déchirures, piqûres, coupures, etc., et que toute la différence réside dans la fréquence relative de tel ou tel phénomène. Rien n'empêcherait donc de renvoyer à l'histoire générale des blessures, si celle-ci était plus complètement écrite qu'elle ne l'est en réalité.

Il est clair aussi qu'on a tort d'inscrire dans le tableau clinique de la contusion un bon nombre de signes et de symptômes surgissant à sa suite, il est vrai, mais qui se rapportent aux affections diverses qui l'accompagnent, la compliquent ou la remplacent. On arrive ainsi à étendre beaucoup trop la symptomatologie, en y faisant entrer celle des tumeurs sanguines récentes ou anciennes, des abcès hématiques, des paralysies, des troubles trophiques, etc. Si l'on voulait ne rien omettre de ce qu'on observe à la suite des contusions, il faudrait donner aussi les symptômes de la septicémie, de la pyohémie, du tétanos, sous prétexte qu'ils ne sont pas rares après les plaies contuses.

Ces remarques nous autorisent à ne considérer comme signes et symptômes de la contusion que les modifications anatomiques ou physiologiques occasionnées directement par l'action du corps contondant, et à rejeter tout phénomène dépendant d'états morbides surajoutés : ainsi limité, le cadre est encore assez large.

Les modifications anatomiques et physiologiques s'observent au point blessé, dans des régions plus ou moins éloignées de ce point et même dans l'économie tout entière ; elles se montrent immédiatement ou à une époque plus ou moins tardive.

Au point blessé et en cas de contusion interstitielle, l'examen révèle les particularités suivantes : ce sont d'abord des *Déformations*, qui consistent tantôt en dépressions, tantôt en saillies anormales.

Les *dépressions* sont dues à des ruptures avec écartement des organes sous-cutanés, et des muscles en particulier, au déplacement de pièces osseuses ou à l'enfoncement des os plats, comme cela se voit surtout au crâne, à la face, au thorax.

Ce signe est ordinairement passager, au moins pour la vue parce que la cavité créée par l'écartement, le déplacement ou l'enfoncement, est bientôt comblée par l'extravasation du sang. Il est mieux appréciable au toucher, qui reconnaît la dépression à une diminution de consistance. Mais il est une cause d'erreur signalée de tout temps en certaines régions, et qu'il est bon de rappeler. En cas de bosse sanguine entourée d'un bourrelet périphérique, la mollesse du

centre, la dureté de la circonférence, font croire à des enfoncements osseux, à des fractures, à des ruptures musculaires profondes, qui n'existent pas. La méprise est possible au crâne, autour des articulations, au niveau des os superficiels des membres, etc.

Les *saillies anormales* sont beaucoup plus fréquentes. Tantôt circonscrites, tantôt se continuant sans ligne de démarcation tranchée avec les régions adjacentes, elles apparaissent subitement ou vite, ou plus ou moins tard après l'accident; elles sont anatomiquement constituées de différentes manières; tantôt elles résultent du déplacement de pièces osseuses entières, comme dans les luxations, ou de fragments osseux quand il s'agit de fractures. Le plus souvent elles sont formées par des liquides collectés ou infiltrés, mais proviennent aussi de l'afflux du sang dans les vaisseaux, ou d'une exsudation séreuse dans les mailles du tissu conjonctif, lorsque par exemple la région devient le siége d'une congestion active ou d'un travail inflammatoire.

L'œil reconnaît ces déformations, mais la palpation est indispensable pour en décider la nature. C'est par le toucher, en effet, qu'on reconnaît la mollesse ou la dureté, la résistance, la fluctuation, la sensation de ballottement que donnent les épanchements de sérosité, et enfin les diverses sortes de crépitation qui se rencontrent maintes fois isolées ou associées dans les régions contuses. La crépitation est dite *sanguine* quand elle est due à l'écrasement des caillots; *gazeuse*, quand elle est produite par de l'air atmosphérique ou des gaz divers; *séreuse*, quand elle provient des frottements rudes des surfaces articulaires, synoviales, tendineuses; *osseuse*, enfin, quand elle est engendrée par les fragments des os. On recherchera ces crépitations, si importantes pour établir le diagnostic, non seulement à l'aide de la main, mais encore par la percussion, l'auscultation, et la mise en œuvre de mouvements actifs et passifs.

La tuméfaction congestive et inflammatoire survient généralement un peu plus tard; elle donne au toucher une sensation particulière d'empâtement et s'accompagne d'un œdème appréciable à la vue.

Il n'est pas rare de percevoir des sensations différentes en explorant les divers points d'une région contuse : ici la mollesse et la fluctuation, au centre, par exemple, d'une bosse sanguine; là une résistance plus ou moins forte au niveau des pièces osseuses et des bourrelets périphériques indurés. Ces perceptions peuvent également se modifier d'un moment à l'autre; telle bosse sanguine, très molle avant la coagulation du sang, devient ferme quelques instants après. La crépitation sanguine est fugace; elle disparaît après quelques

manipulations pour reparaître parfois au bout d'un certain temps. La crépitation séreuse cesse quand du liquide s'interpose entre les parois des cavités; et ainsi des autres symptômes palpables.

Les déformations sont d'autant plus accentuées que le foyer de la contusion est plus superficiel. Quand l'extravasation siège un peu profondément au voisinage d'organes mobiles, elle peut les rendre plus saillants : globe de l'œil, langue, rotule, ou les déplacer : trachée, œsophage, ou les soulever en masse, s'ils sont extensibles : muscles larges de l'épaule, de la fesse, des parois thoraciques. Dans la profondeur des membres, au voisinage immédiat du squelette, la palpation constate vaguement des indurations circonscrites ou diffuses, la perte de souplesse ou de mobilité, en un mot, des signes équivoques. En cas de contusions cavitaires, les fluides s'épanchent librement dans les réservoirs muqueux ou les sacs séreux, les distendent plus ou moins, en partie ou en totalité, déplacent les organes qui y flottent, obstruent les conduits étroits, etc.

Quand les cavités sont peu profondes, comme les séreuses articulaires, tendineuses et sous-cutanées, ou situées au voisinage des orifices naturels, rectum, vagin, fosses nasales, bouche, la vue et le toucher, aidés ou non d'instruments explorateurs, apprécient les changements survenus dans la forme. Dans les cavités splanchniques, les déformations ne sont naturellement pas visibles; on en est réduit aux renseignements fournis par la palpation et par la percussion, auxquels il faut joindre l'examen attentif des excrétions provenant des organes qu'on suppose contus. La présence du sang dans l'urine, les fèces, les matières expectorées ou vomies, est un signe précieux des contusions viscérales profondes.

Les contusions exposées externes (plaies contuses) ont pour signes particuliers, visibles et tangibles, l'état des bords de la plaie cutanée, la forme généralement irrégulière de celle-ci, l'existence de lambeaux de décollements, la présence possible de corps étrangers, etc. Si la plaie est petite, le foyer sous-jacent peut être distendu par les fluides épanchés et la région déformée comme dans les contusions interstitielles. En cas de larges brèches tégumentaires, l'extravasation se fait librement au dehors et ne change pas la forme des parties adjacentes. Nous ne dirons rien de la déformation en cas d'écrasements des membres; elle ne saurait être décrite, n'offrant aucun type défini.

Les dysmorphies consécutives à la contusion sont passagères ou durables suivant la persistance ou la disparition plus ou moins prompte de leurs causes. Certaines d'entre elles ne sont reconnais-

sables qu'au bout d'un certain temps, parce qu'elles sont au début masquées par la tuméfaction générale de la région contuse; d'autres, au contraire, se produisent tardivement, lorsque les extravasations ou les exsudations surviennent elles-mêmes quelque temps après l'accident. Le retour de la région blessée à la forme normale est un signe favorable qui, s'il n'indique pas encore la guérison complète, au moins la fait espérer prochaine.

Les modifications dans la *coloration de la peau* au niveau de la région blessée ou dans ses environs constituent des signes précieux de la contusion. Ces modifications sont assez nombreuses, bien qu'on ne décrive le plus souvent que celle qui résulte de l'infiltration sanguine, primitive ou tardive dans l'épaisseur des téguments cutanés ou muqueux. A la vérité, c'est la plus commune, aussi en dirons-nous quelques mots, en renvoyant à l'article ECCHYMOSE, où la question sera complètement traitée.

On sait que la coloration de la peau par le sang offre une foule de teintes variant depuis le noir presque pur jusqu'au jaune clair, en passant par le rouge sombre, le bleu et le vert. Sans y insister, pas plus que sur les causes connues de ces transformations, nous dirons seulement que la teinte est d'autant plus foncée que la peau contuse est plus mince et plus fortement pigmentée à l'avance. C'est au scrotum, aux parties génitales, à la marge de l'anus, à la face interne des bras, aux paupières, qu'on observe les tons les plus proches du noir. On sait aussi que la teinte est en rapport avec la date de l'accident et la date de l'apparition à l'extérieur. L'ecchymose subite ou précoce est foncée; au bout de plusieurs jours, ou paraissant seulement dans la seconde semaine, elle vire déjà au bleu verdâtre, au vert ou au jaune. A la conjonctive oculaire, par une exception unique, la coloration reste toujours d'un rouge plus ou moins vif. On a expliqué ce fait par la ténuité de la membrane qui laisse passer l'oxygène de l'air, lequel hématose les globules rouges jusqu'à leur disparition complète.

La décoloration successive de l'ecchymose est un fait constant et qui s'effectue d'une façon déterminée; cependant les conditions individuelles l'influencent également. Chez certains sujets, les suffusions sanguines sont très persistantes; les vieillards, les cachectiques, sont dans ce cas; les enfants, dans le cas contraire. On a décrit depuis longtemps, sous des noms variés et surtout sous celui d'érysipèle bronzé (Velpeau), une coloration particulière qui rappelle celle de la décoction de feuilles de noyer ou des taches produites par une solution de nitrate d'argent. Elle est ordinairement

diffuse, mais suit de préférence, dans les membres, le trajet des grandes gaines vasculaires et aussi celui des veines sous-cutanées.

Cette variété a toujours passé pour fort grave et avec grande raison. Elle s'observe à la suite des contusions violentes, des attritions profondes et étendues; elle coïncide avec le cortège redoutable de la septicémie aiguë et présage trop souvent l'apparition de la gangrène. Il n'est pas rare, en palpant ou en percutant les points où elle existe, de reconnaître l'infiltration des gaz septiques dans les espaces conjonctifs. Dans la grande majorité des cas où j'ai observé le fait en question, les sujets étaient en proie à un empoisonnement chronique par l'alcool, ou atteints d'une affection viscérale ancienne. M. Terrillon a étudié récemment ce genre intéressant.

L'ecchymose ordinaire apparaît sur-le-champ et au point blessé lui-même dans le pincement, la succion, la morsure, les meurtrissures, en un mot, dans les contusions de la peau. Mais quand celle-ci est respectée, ainsi que le tissu conjonctif sous-cutané et les aponévroses d'enveloppe, les colorations anormales se montrent seulement vers le troisième jour ou plus tard et dans des lieux plus ou moins éloignés du foyer traumatique. On sait quel parti on tire de ce signe dans le diagnostic des lésions profondes et quelle importance on y attache en médecine légale. Il ne faut pas confondre avec l'ecchymose la teinte bleuâtre qu'on observe au niveau des bosses sanguines situées au-dessous d'un tégument mince, distendu, mais intact, et qui laisse voir par transparence la couleur du caillot sous-jacent.

Lorsque la contusion s'accompagne d'éraillures superficielles, les parties plus ou moins profondément entamées du derme offrent d'abord la coloration rouge des plaies récentes, mais elles se recouvrent bientôt d'une croûte mince, brunâtre, adhérente, formée par la lymphe et le sang desséchés.

La peau qui recouvre un foyer de contusion est parfois d'un rouge franc plus ou moins vif; cela s'observe tantôt immédiatement après le choc, tantôt dans les jours qui suivent. Dans les deux cas il y a injection des capillaires, mais dans le premier l'afflux sanguin, passager d'ailleurs, est dû à une sorte de paralysie des capillaires, tandis que dans le second il s'agit simplement d'une congestion inflammatoire. Enfin, si la circulation veineuse est entravée, les parties peuvent prendre une teinte livide très prononcée. Au lieu de se colorer davantage, la peau, en certains cas, devient pâle et même grisâtre à cause de l'œdème dont elle est le siège ou de l'ischémie dont elle est atteinte.

L'œdème est commun dans les régions où le tissu conjonctif sous-cutané est lâche ou abondant. Il s'étend quelquefois fort loin du point frappé. Dans plusieurs cas de plaie contuse du cuir chevelu, nous l'avons vu envahir de haut en bas toute la face et même le cou jusqu'au sommet du thorax. Les parties étaient pâles, indolentes, boursouflées, comme dans les œdèmes albuminuriques ou cardiaques les plus intenses. Les couches profondes n'étaient pas épargnées, car dans un cas où le cou était tuméfié la dyspnée fut assez forte pour faire penser à un œdème glottique et à la possibilité de la trachéotomie. Cette infiltration singulière, que nous n'avons pas vu signalée dans les auteurs, avait pour point de départ une plaie contuse de la région frontale chez un adulte bien portant.

Une autre fois encore, à la suite d'une plaie contuse du cuir chevelu accompagnée de phénomènes graves, l'œdème total de la face survint vers le cinquième jour, alors qu'une ecchymose très étendue occupait déjà tout le visage. Par suite de la combinaison de l'œdème et de la teinte verdâtre du sang infiltré, le masque facial prit un aspect des plus étranges rappelant celui qu'on donne au diable dans les féeries.

Il n'est pas rare de voir à la surface d'une partie contuse des *bulles*, des phlyctènes remplies d'un liquide séreux ou séro-sanguinolent; lorsqu'on enlève l'épiderme, le derme sous-jacent est ordinairement livide, infiltré de sang, finement ecchymosé, quelquefois grisâtre, et recouvert aussi d'une exsudation pultacée. Ce signe s'observe très communément à la jambe et au pied, surtout en cas de fracture. Il coïncide de coutume avec une infiltration sanguine profonde et considérable. Il annonce une gêne notable dans la circulation veineuse, mais n'offre pas en général une grande gravité.

Symptômes physiologiques. Troubles fonctionnels. — Ils ne sont ni moins nombreux ni moins intéressants à étudier que les signes objectifs. Ils présentent ceci de particulier que, loin d'être limités au point blessé, ils s'étendent souvent à des régions et à des organes plus ou moins distants et que la violence a respectés. Cela est vrai, surtout quand ils ont pour origine les désordres produits par les agents contondants sur les gros vaisseaux et nerfs.

Troubles de la circulation. — Faciles à prévoir, d'après ce que nous avons dit des lésions vasculaires et de la réaction des vaisseaux périphériques restés sains, ils consistent en *ischémies* circonscrites ou étendues, produites par la destruction même des vaisseaux, par les obstacles à l'abord du sang artériel, par la thrombose hémostatique ou inflammatoire, et en *hyperémies* engendrées à leur tour par

la paralysie vasculaire, par les obstacles au retour du sang veineux, par les efforts nécessaires au rétablissement de la circulation collatérale, et enfin par le développement de l'inflammation. Ces troubles, passagers ou durables, alternent, se succèdent ou se combinent. Ils sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus marqués dans la contusion que dans les autres traumas et plus marqués aussi dans les contusions interstitielles que dans les contusions cavitaires ou exposées. C'est d'eux que dépend en majeure partie la terminaison bonne ou mauvaise de la contusion, car ils président à la disposition ou à la persistance, à la diminution ou à l'augmentation des liquides qui remplissent la cavité du foyer, à la reviviscence ou à la mort définitive des éléments désorganisés, à la formation, à l'existence temporaire ou durable des produits de la prolifération conjonctive ou autres dont les parois du foyer sont le siège. Nous ne faisons que signaler tous ces points pleins d'intérêt.

Troubles de l'innervation. — Comme l'arbre vasculaire, l'arbre nerveux envoie partout ses branches et ses rameaux, d'où résulte qu'il n'est pour ainsi dire point de contusion sans diérèse nerveuse, se traduisant sinon toujours par des signes physiques, au moins par des phénomènes subjectifs plus ou moins appréciables, mais à peu près constants.

Les troubles de l'innervation sont nombreux et variés, et la chose s'explique quand on songe que les parties centrales et périphériques du système ont des propriétés intrinsèques différentes, et que de plus elles tiennent sous leur dépendance médiate ou immédiate le fonctionnement de tous les autres systèmes organiques. Il faut donc s'attendre à voir la contusion modifier directement les actes nerveux proprement dits et indirectement les propriétés des vaisseaux, des muscles, des glandes, etc.

Tous les symptômes morbides atteignent leur maximum quand la lésion porte sur les gros nerfs, sur la moelle épinière ou sur l'encéphale; ils sont alors décrits dans des chapitres spéciaux, mais ils existent également quand les dégâts sont limités aux moindres ramuscules périphériques et aux points les plus limités des centres, avec cette différence, toutefois, que dans le second cas ils restent également circonscrits au lieu blessé, tandis que, si la violence a porté sur les troncs principaux ou sur des districts étendus de l'encéphale ou de la moelle, les désordres fonctionnels s'observent dans des régions très vastes de l'économie. Si variés qu'ils soient, ces troubles, engendrés par la contusion, peuvent être rangés en deux catégories suivant qu'ils exaltent ou dépriment les propriétés du tissu ner-

veux et des organes soumis à son action. C'est d'après cet ordre que nous les passerons en revue.

La *douleur* ouvre la marche, on lui assigne des caractères particuliers, et tout le monde parle des douleurs contusives; mais elle offre des nuances infinies suivant que la pression est faible ou violente, lente, continue ou instantanée, simple ou combinée avec la percussion; qu'elle porte sur telle ou telle région, tel ou tel organe; qu'elle ménage ou non le tégument, et qu'enfin le sujet est atteint à l'improviste ou prévenu à l'avance du danger. Le pincement, la morsure, ne sont pas perçus comme le coup porté par un corps arrondi agissant sur une large surface. La douleur, dans ce dernier cas, est si peu caractéristique, que les individus affectés de rupture musculaire par effort croient souvent avoir été frappés. La pression continue et progressive devient bientôt insupportable; l'écrasement des doigts et des membres est particulièrement horrible. Admettre que la souffrance est en rapport avec la richesse nerveuse de l'organe contus semble logique et l'est, en effet, dans certains cas. Mais la règle souffre des exceptions assez nombreuses. La contusion est beaucoup plus douloureuse à la face dorsale qu'à la face palmaire du pied et de la main; le moindre choc sur le dos du nez est infiniment plus désagréable qu'aux lèvres ou sur la joue.

On connaît les sensations spéciales que font ressentir les coups sur la mamelle, le testicule, le creux épigastrique, etc. Les préoccupations intellectuelles, les émotions vives, et surtout la colère, font que des contusions, même assez violentes, passent inaperçues. Enfin, tous les chirurgiens militaires ont noté que les blessures par armes de guerre sont souvent prises pour de simples chocs à peine douloureux. Chez les ouvriers endurcis aux travaux rudes, chez les alcooliques et d'autres diathésiques, les souffrances de la contusion sont parfois presque nulles, tout comme du reste chez les lutteurs, les boxeurs de profession, etc.

Vive ou légère, la douleur de la contusion apparaît sur-le-champ avec son maximum d'intensité, mais en général cesse ou du moins décroît vite; l'algostase cependant peut n'être qu'apparente; dans les cas, par exemple, où l'excitation douloureuse des nerfs est brusquement remplacée par leur stupéfaction, c'est-à-dire par l'engourdissement, la paralysie, l'anesthésie et l'analgésie des parties contuses. Il n'est pas rare, en effet, de voir, surtout après la contusion d'un nerf périphérique (le nerf cubital au pli du coude), tout le membre devenir impuissant et insensible. La stupéfaction du nerf semble l'effet primitif de sa blessure, mais n'indique point sa

destruction, car la période de torpeur passe et l'hyperalgésie s manifeste sous forme de fourmillements, de picotements et de cet sensation indéfinissable que tout le monde connaît pour l'avo ressentie, quand un gros cordon a été temporairement comprimé que l'influx nerveux y revient. Quoi qu'il en soit, la douleur primai cesse plus ou moins vite et complètement, mais elle peut revenir p intervalles, et même s'établir en permanence dans le point blessé aux alentours.

De toutes les blessures, la contusion est peut-être celle qui don le plus souvent naissance à ces névralgies traumatiques rebelle précoces ou tardives, qu'on observe non seulement dans les membr et les parois des cavités splanchniques, mais encore dans les glande comme le testicule et la mamelle.

On en trouvera de nombreux exemples dans le livre de We Mitchell et dans tous les articles consacrés aux lésions trau matiques des nerfs. L'état constitutionnel des sujets prédispo évidemment à cette persistance de la douleur, et l'un de nous en donné la preuve dans son mémoire sur *les Névralgies traumatiqu secondaires précoces*[1].

Tout ce que nous venons de dire s'applique surtout à la doule spontanée, mais il ne faut pas perdre de vue l'hyperesthésie e l'hyperalgésie limitées au point blessé, et qui, latentes en quelqu sorte dans le repos, s'éveillent au contraire par les manœuvr d'exploration ou quand on mobilise la partie contuse.

L'exagération de la sensibilité locale, c'est-à-dire l'hyperesthési est souvent très durable et reste alors le seul symptôme d'une co tusion dont tous les autres signes ont disparu. Ce réveil toujou menaçant de la souffrance dans les mouvements spontanés ou com muniqués provoque instinctivement dans les muscles des contractur passagères ou rebelles qui, sous une apparence conservatrice, n font en réalité qu'accroître le mal. Le fait est très commun apr les contusions des articulations et de la poitrine. Pour évit une sorte de pleurodynie traumatique, les blessés immobilisent l côté du thorax et arrivent ainsi à supprimer, pour ainsi dire, fonction d'un de leurs poumons, d'où la dyspnée et peut-être aus la congestion pulmonaire si commune après les chocs violents reç sur le thorax. Ces tétanies partielles ou étendues sont presque to jours sous la dépendance de la douleur et naissent par action réflex Cependant elles peuvent aussi résulter directement de la lésion d

1. Verneuil, *Arch. gén. de méd.*, novembre et décembre 1874, et *Mém. chir.*, vol. III, p. 510.

nerfs moteurs, comme le facial, et aussi des nerfs mixtes. Enfin elles résultent également de la contusion directe des muscles.

Quand la lésion nerveuse guérit, tout peut disparaître; mais s'il se développe au point blessé, soit des névromes, soit surtout de la névrite, il est commun de voir coïncider dans le district animé par les nerfs des douleurs plus ou moins violentes, avec ces troubles trophiques de la peau et des autres tissus, sur lesquels l'attention a été si justement appelée dans ces derniers temps par Brown-Séquard, Charcot et leurs élèves, par Weir Mitchell et d'autres encore.

En regard des phénomènes douloureux divers que nous venons de signaler, il faut mettre la diminution et l'abolition des différents modes de la sensibilité générale. Il a été question déjà de l'engourdissement qui succède si souvent à la contusion des membres. On doit y ajouter les anesthésies sensorielles et certaines modifications des sensibilités cutanées. Ces symptômes sont immédiats, précoces ou tardifs, le plus souvent passagers, mais parfois durables et définitifs. Les paralysies, à la suite de contusion, sont bien connues; elles portent sur les nerfs sensitifs, sensoriels et moteurs. Les nerfs superficiels, comme le radial, le cubital, y sont fort exposés. Il en est de même de ceux qui traversent les conduits osseux, comme le facial. La contusion des centres, cerveau et moelle épinière, paralyse un ou plusieurs membres, la moitié inférieure ou une moitié latérale du corps. La sensibilité ou la motilité peuvent disparaître ensemble ou isolément. Non seulement les localisations paralytiques étudiées avec le plus grand soin depuis quelques années ont jeté une vive lumière sur les fonctions encéphaliques, mais elles servent beaucoup au diagnostic du siège des contusions profondes. Et sous ce terme de localisations paralytiques nous n'entendons pas seulement les analgésies et les anesthésies proprement dites, mais aussi l'abolition de certaines fonctions encéphaliques spéciales, telles que l aphasie, la perte de la mémoire, etc.

Eux-mêmes, les actes de la vie organique pure, les sécrétions glandulaires, par exemple, peuvent être modifiés par suite de contusion des centres nerveux; il suffit de citer ce qui se passe dans les viscères abdominaux : les vomissements, les flux intestinaux, l'ictère, la constipation, la polyurie insipide, le diabète, l'albuminurie d'origine nerveuse, etc.

Les troubles de la circulation et de l'innervation que nous venons de signaler sont à la fois locaux et distants, et dans ce dernier cas s'irradient du point blessé à la périphérie; en d'autres termes, il y

a retentissement centrifuge de la lésion initiale. La réciproque s serve également, c'est-à-dire que la contusion d'un organe plu moins superficiel va troubler les fonctions d'un organe central douleur sert au besoin d'intermédiaire; exemple : la syncope suit la contusion du testicule ou l'écrasement d'un doigt, ou en l'indigestion consécutive à une chute; l'apparition brusque ou l'a subit des règles; les troubles de la circulation placentaire amen l'avortement dans des cas semblables; nous avons vu une contu d'un *seul* rein amener l'anurie presque complète. On pourrait a ment multiplier ces exemples.

L'un des phénomènes les plus curieux de la contusion con dans l'apparition inattendue de phénomènes pathologiques dans organes antérieurement malades, mais fonctionnant encore d manière convenable avant l'accident. Rien de plus commun qu délirium tremens chez un alcoolique contusionné récemment jambe ou au bras; que l'apparition, l'augmentation ou la diminu du sucre chez un diabétique, etc. La syphilis, la scrofule endorm se réveillent sous l'excitation produite par une contusion faibl forte. Toute l'économie vibre à l'occasion de la blessure, et points faibles ressentant au maximum l'ébranlement traumatiqu traduisent par des manifestations morbides aussi nombreuses variées.

Ceci nous conduit à parler brièvement des symptômes génér qu'on peut observer à la suite de la contusion. Naturellement, l' nomie tout entière est intéressée quand la lésion porte sur organe essentiellement et prochainement utile à la vie, comm cerveau, le bulbe rachidien, le cœur, le foie, les nerfs princi tenant sous leur dépendance les fonctions capitales de la circula et de la respiration. La perte considérable du sang, qu'il coul dehors ou s'accumule dans les cavités, provoque une anémie a avec toutes ses conséquences. Nous avons vu cet état survenir suite d'une énorme contusion de la cuisse accompagnée sans d de rupture de la veine fémorale. La quantité de sang épanchée telle que le sujet était pâle comme à la suite des plus fortes hém rhagies externes. Même effet, après les ruptures du foie, de la avec réplétion de la séreuse abdominale. Sans causer mêm grands dégâts matériels, la contusion peut bouleverser tout l'o nisme quand elle provoque ces actions réflexes centrales dont parlions tout à l'heure. On voit le pouls baisser, la respiratio ralentir, et la température tomber à 35° ou au-dessous. Nous sommes occupés de ces faits à l'article COMMOTION.

Quant aux symptômes généraux émanés directement du foyer traumatique, ils sont rares ou faibles, ou imputables à des accidents communs à tous les traumas, tels que l'inflammation, la suppuration, la production locale de produits septiques ou de thrombus susceptibles de migration.

En général, dans les contusions interstitielles, la fièvre traumatique est légère et de courte durée. Si le thermomètre dépasse 38° et atteint 39°, il en faut trouver la cause dans le développement d'une inflammation locale ou dans l'invasion de quelque état morbide viscéral dû à la prédisposition constitutionnelle du blessé. Dans les contusions avec plaie tégumentaire et dans les contusions cavitaires, la fièvre, au contraire, est souvent intense, mais elle tient soit à la décomposition facile des liquides extravasés, à la mort définitive des tissus broyés, à l'inflammation des cavités mises en communication avec le foyer contus. Encore une fois, cette symptomatologie n'est pas spéciale à la contusion ; elle se retrouve dans toutes les blessures, et nous en avons dit quelques mots uniquement pour qu'au lit du malade le praticien ne l'oublie pas.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la contusion n'offre guère de difficultés quand la blessure est superficielle, quand les commémoratifs sont bien connus et que le patient nous met exactement au courant des symptômes qu'il ressent. Dans les conditions opposées, l'erreur est aisée et même assez fréquente.

En cas de contusion profonde, on peut, sans méconnaître la nature du mal, ignorer le siège précis et l'étendue des dégâts, révélés seulement plus tard par l'autopsie ou par l'apparition inattendue de phénomènes graves. On sait, dans les plaies de tête, combien de fois on a confondu la commotion avec la contusion cérébrale, et réciproquement; combien il est malaisé de connaître la situation et le degré de l'attrition encéphalique. Dans certaines contusions du rebord orbitraire, les lésions rétiniennes ont passé inaperçues jusqu'à la découverte de l'ophtalmoscope. Même incertitude dans les contusions de l'abdomen, où l'on ne fait que soupçonner les écrasements du foie, de la rate et du rein. C'est seulement à l'aide d'une analyse très minutieuse des symptômes que l'un de nous est arrivé à annoncer une lésion de ce dernier viscère que la nécropsie a plus tard démontrée.

A la paroi abdominale, un choc circonscrit par un corps contondant à bord étroit (le bout d'un fer à cheval) fait croire à une simple contusion des couches pariétales. Aucun désordre grave n'apparaît tout d'abord dans les fonctions de l'intestin, qui cependant est divisé partiellement; quelques jours plus tard, la solution de continuité s'achève et la mort prompte arrive par épanchement intra-péritonéal des matières stercorales. Tous les auteurs ont signalé ce fait, dont nous avons vu deux exemples. Nous en avons observé un autre plus curieux encore. Une malade atteinte de hernie inguinale réductible et non protégée par un bandage reçut un coup de pied dans l'aine. L'intestin fut reporté dans le ventre par le choc et ne ressortit plus. Des accidents de péritonite apparurent. La contusion extérieure, de médiocre intensité, ne les expliquait pas. A l'autopsie, nous trouvâmes l'anse herniée au voisinage de l'anneau; elle était ouverte dans l'étendue de plusieurs millimètres, bien qu'il n'y ait pas eu d'étranglement, ce qui nous fit admettre qu'elle avait été contusionnée à travers ses enveloppes. En cas de taxis prolongé ou forcé, rien de plus commun que la contusion des viscères herniés.

Dans les contusions du périnée, il est souvent très difficile de savoir exactement dans quel état se trouvent les parois uréthrales et quelles dimensions présente leur déchirure quand celle-ci est rendue évidente par l'uréthrorrhagie. Dans les cas si communs de contusions multiples, lorsque par exemple le sujet est tombé d'un lieu élevé, a été pris sous un éboulement, a été foulé aux pieds dans une rixe ou par des chevaux, il est fréquent que certains foyers profonds restent inaperçus; au niveau des os et des articulations on a parfois peine à savoir si la contusion, d'ailleurs dûment constatée, est simple ou compliquée de fracture sans déplacement ou de fêlures osseuses; la douleur, l'ecchymose, l'incapacité fonctionnelle sont les mêmes; la crépitation sanguine peut simuler la crépitation osseuse, et nous avons déjà dit que l'induration périphérique et la mollesse centrale de certaines bosses sanguines pouvaient faire croire à un enfoncement osseux. Le gonflement péri-articulaire augmente encore les difficultés, comme cela arrive par exemple à la région du coude chez les enfants; il faut souvent attendre plusieurs jours pour se prononcer. L'embarras peut être accru par l'existence antérieure de certains états pathologiques. Chez les vieillards atteints d'arthrite sèche, les contusions articulaires sont aisément prises pour des fractures, à cause des craquements que provoquent les moindres mouvements.

Il faut d'ailleurs reconnaître qu'aucun des symptômes de la contu

sion n'est pathognomonique ni constant, l'ecchymose pas plus que les autres; car outre qu'elle reste invisible dans les contusions profondes, elle peut résulter de ruptures spontanées des capillaires et présenter tous les caractères des épanchements sanguins traumatiques. Ces sortes d'apoplexies sous-cutanées ou sous-muqueuses ne sont pas rares à la conjonctive et aux paupières; certains sujets y sont particulièrement prédisposés, exemple : les hémophiles, les scorbutiques, etc.

Les médecins légistes se sont beaucoup occupés du diagnostic de la contusion et ont soigneusement étudié les ecchymoses qui par leur siège, leur forme, leur époque d'apparition, leur durée et leurs métamorphoses, fournissent des renseigements précieux sur la nature, la date, la gravité de l'accident; sur le genre, le mode d'application et d'action du corps contondant. Si certains sujets contusionnés dans l'ivresse, dans des chutes précédées de perte de connaissance, dans des attaques d'apoplexie, d'hystérie, etc., renseignent mal ou trompent involontairement le chirurgien, il en est d'autres qui, dans des intérêts divers, dissimulent la contusion ou cherchent à la simuler par des artifices plus ou moins grossiers. Comme supercherie du premier genre, nous rappellerons le cas de ce porteur d'eau cité par Velpeau, qui avait reçu, sans vouloir l'avouer, un coup de pied dans la fesse, et qui portait dans cette région une tumeur mobile, dure, peu douloureuse, qu'on aurait pu prendre pour une tumeur d'une autre nature, si l'on n'avait pas été mis sur la voie du diagnostic par l'existence d'une très légère ecchymose au niveau de la bosse sanguine sous-jacente.

L'un de nous a été pendant plusieurs jours trompé en sens inverse. Une vieille femme entra à l'hôpital de la Pitié avec tous les signes d'une fracture du col du fémur, y compris une douleur très vive accusée par la patiente à la moindre exploration. Une légère ecchymose existait au niveau du grand trochanter. Cependant la percussion brusque et forte exercée sur le talon ne causait aucune souffrance, ce qui nous inspira quelque soupçon. Nous apprîmes bientôt que la fracture existait en réalité, mais qu'elle datait de plusieurs années, et que le seul accident récent se bornait à une chute faite quelques jours avant sur la hanche. Les parents, pour se débarrasser de la vieille infirme, lui avaient appris son rôle, espérant la faire conserver longtemps à l'hôpital.

Nous savons déjà que la violence, qui produit à son lieu d'application la solution de continuité et l'attrition caractéristique de la contusion, peut étendre son action destructive et amener en dehors du

foyer contus proprement dit des diérèses d'un autre ordre et de troubles fonctionnels plus ou moins graves. Le diagnostic de ce désordres à distance et de leur nature exacte est loin d'être aisé; o ne le portera qu'à l'aide d'une analyse très attentive des circons tances dans lesquelles s'est produite la blessure et de la façon doi a agi le corps contondant.

En parlant des terminaisons lointaines de la contusion, nous avoi admis comme bien démontrée l'apparition plus ou moins tardive a point contus d'affections diverses, tumeurs liquides ou solides, kyste abcès, néoplasmes, exostoses, névralgies rebelles, etc. Certaineme les malades sont enclins à exagérer cette étiologie, mais comme ell est incontestable et peut servir au pronostic, il faut s'efforcer d porter le diagnostic rétrospectif de la contusion, tout en avoua que la chose n'est pas toujours facile.

PRONOSTIC

Si l'on note, d'une part, le nombre prodigieux de blessures faite par les corps contondants et qualifiées contusions proprement dite si l'on y ajoute celles dans lesquelles la diérèse par pression s'as socie aux autres modes de solution de continuité de nos tissus, d'autre part on compte les terminaisons diverses de tous ces trau mas, on constate que la guérison est la règle et l'on en conclut qu le pronostic de la contusion n'est généralement pas mauvais.

Cependant les cas sérieux et même graves existent; déjà à propo des terminaisons nous avons noté la mort rapide, puis la mort sur venant par le fait de complications précoces ou tardives, le déve loppement au point contus d'affections variées, tenaces et rebelle à la thérapeutique, enfin des difformités ou des infirmités durable altérant la forme ou compromettant l'exercice régulier de certaine fonctions.

Ces conséquences possibles de la contusion sont faciles à prévoir calculables à l'avance, mais parfois l'événement dément toutes no espérances et toutes nos craintes.

La mort rapide est à redouter quand la contusion porte sur le centres nerveux, cerveau, bulbe rachidien, moelle épinière, et le grands viscères thoraciques et abdominaux; elle peut être instan tanée, s'il y a en même temps commotion, c'est-à-dire suspensio fonctionnelle de la respiration ou de la circulation par ischémi cérébrale, spasme de certains muscles, syncope, etc. Elle survien

aussi par la rupture des gros vaisseaux, soit que le sang s'écoule au dehors, soit qu'il s'accumule dans des cavités splanchniques de façon à comprimer quelques organes importants comme le cœur, le poumon, l'encéphale ou son prolongement rachidien.

Les chances funestes sont naturellement en rapport avec l'étendue et le degré de la désorganisation primitive, au point que certains écrasements des membres ne le cèdent guère en gravité à ceux qui atteignent les organes essentiels à la vie. Rien de plus commun que la mort rapide des malheureux pris dans des engrenages ou atteints d'un broiement de la cuisse par un gros projectile de guerre, par une roue de voiture ou de wagon. Chez les blessés de ce genre, sans même que la perte du sang ait été considérable, on observe parfois une *sidération* particulière; le pouls est misérable, les téguments pâles et glacés ; la respiration lente, l'intelligence obtuse, la sensibilité émoussée, l'œil éteint, la température axillaire à 35°, etc. Ils sont atteints du fameux *shok*, état redoutable, encore mal déterminé, que nous sommes trop souvent impuissants à combattre et pendant la durée duquel l'intervention chirurgicale active est presque toujours inutile, sinon nuisible.

En l'absence même de cet état de dépression, les grands écrasements sont toujours fort graves, parce qu'il en résulte des blessures horribles, incapables de guérison spontanée, et inévitablement préparées au développement des accidents traumatiques les plus sérieux : phlegmon diffus, gangrène, tétanos, etc., fort graves alors même que l'intervention est possible, l'expérience démontrant que les amputations pratiquées dans ces conditions sont le plus souvent suivies de mort. Toutes choses égales d'ailleurs, les contusions interstitielles sont moins sérieuses que les contusions avec plaie extérieure ou plaie cavitaire, parce que le mélange aux fluides séro-sanguins du foyer des matières sécrétées et excrétées ou suspendues dans l'atmosphère occasionne presque fatalement une inflammation vive et la gangrène circonscrite ou étendue, accidents qui pour le moins retardent la guérison, quand ils n'entraînent pas de conséquences plus funestes. La communication tardive des foyers clos avec l'extérieur ou avec les cavités splanchniques présente les mêmes dangers.

Le pronostic dépend encore de l'âge et de l'état constitutionnel du blessé. Chez les enfants la résorption des épanchements et le recollement des parois se fait souvent avec une grande facilité. Les complications sont rares et les plaies contuses elles-mêmes guérissent aisément, grâce à l'activité extrême des propriétés organiques. Dans une longue liste de cas des plus variés, Marjolin n'a noté qu'un petit

nombre d'accidents et n'a généralement gardé ses malades à l'hôpital que pendant quelques jours[1].

Chez les vieillards, il en est tout autrement. Les ecchymoses pa exemple sont encore visibles après des semaines et des mois; la vi des tissus chez ces sujets est si précaire que des pressions mêm légères enflamment et mortifient aisément la peau, surtout dans le régions éloignées du cœur. Les adultes affaiblis et les cachectique sont tout à fait assimilables aux vieillards.

L'état antérieur des tissus mérite aussi d'être pris en sérieus considération, car les cas ne sont pas rares où le corps contondan vient frapper un membre œdématié, une articulation malade, un tumeur liquide ou solide; une contusion même légère peut compromettre une guérison jusque-là en bonne voie, provoque aisément l sphacèle, métamorphose une collection séreuse très bénigne en hématome très rebelle, comme cela s'observe aux bourses par exemple amène dans les néoplasmes une prolifération des plus actives; transforme une affection innocente en un ulcère épithélial, ce que nou avons vu plus d'une fois pour les papillomes et les kystes sébacés du cuir chevelu.

Les états constitutionnels modifiant d'une manière latente le solides et les humeurs, s'accompagnant de dyscrasie et de dystrophie aggravent le pronostic de la contusion immédiatement et dans l suite. Si les diathésiques sont cachectiques, on voit, comme nou l'avons dit, survenir les inflammations de mauvaise nature et l gangrène, parce que les liquides extravasés ont des qualités irritantes, et parce que les tissus n'ont qu'un faible pouvoir de résistance. Si au contraire l'organisme est encore assez vaillant, il n'y pas de complications tout d'abord, mais la réparation languit, e d'ordinaire ne s'achève pas complètement. Une iritation sourde persiste au point blessé, et plus tard, sans cause connue ou sous les influences les plus légères, on voit paraître ces affections plus o moins graves dont nous avons indiqué la pathogénie en traitant de modifications successives des parois du foyer. Chez les uns c'est u néoplasme; chez les autres une ostéite, un abcès froid; l'arthrit sèche pour celui-ci, la tumeur blanche pour celui-là. La connaissance des états diathésiques est ici d'autant plus utile qu'elle fai prévoir non seulement les déviations du travail réparateur, mai encore le genre de déviation qui menace tel ou tel blessé.

1. *De la contusion chez les enfants*. In *Bull. et Mém. Soc. de chir.*, 187[illegible] p. 673. — Discussion, *ibid.*, 1876, p. 1 et suivantes.

Chez les enfants, les contusions des os provoquent plus particulièrement les inflammations aiguës, ostéomyélite, périostite phlegmoneuse; les néoplasmes, ostéosarcomes, tumeurs myéloïdes; chez les scrofuleux, les ostéites raréfiantes, les abcès ossifluents, les périostites tenaces, les hyperostoses.

Une contusion du sein engendrera chez une jeune fille un adénome; chez une femme de quarante ans un carcinome; chez une nourrice, un abcès. Au reste, et quels que soient le sexe et la région, il faut se défier des contusions glandulaires, surtout vers l'âge mûr, et ne disparaissant pas dans un court délai, car les indurations persistantes et les tuméfactions reconnues quelque temps après l'accident menacent fort d'être de mauvaise nature.

Chez les arthritiques, la suppuration et la gangrène sont relativement rares, mais les néoplasmes sont à redouter. On a vu des tophus se développer, chez des goutteux, dans les points contus. Le *morbus coxæ senilis* est né plus d'une fois à la suite d'une chute sur la hanche chez des rhumatisants. La contusion chez les syphilitiques est souvent suivie d'exostose au niveau des os superficiels[1].

En l'absence de lésions bien appréciables, sans doute parce qu'on ne les cherche pas assez soigneusement, certains symptômes consécutifs à la contusion doivent leur persistance ou leur intensité aux prédispositions constitutionnelles. Nous faisons allusion aux névralgies rebelles; on leur a assigné pour cause des névromes développés au point contus et analogues à ceux qu'on observe sur les moignons d'amputation. Le fait anatomique est fort acceptable, mais la conclusion qu'on en tire l'est moins, si l'on réfléchit que tous les amputés ont les névromes susdits et que les névralgies des moignons sont relativement assez rares. Nous avons observé plusieurs cas de ces névralgies consécutives à des contusions, et nous avons constaté chez la plupart des sujets un état névropathique antérieur des plus manifestes. Presque tous étaient arthritiques; les femmes jeunes étaient parfois des hystériques ou de futures goutteuses.

Quant aux difformités et infirmités, elles peuvent assez aisément se prévoir. Les pertes de substance ou les déplacements de lambeaux cutanés laissent à leur suite d'inévitables cicatrices. Les contusions du périnée avec rupture de l'urèthre amènent infailliblement un

1. Les effets sont différents lorsqu'il s'agit d'un autre état constitutionnel; nous verrons à l'*Appendice* qu'une contusion sur le grand trochanter a donné lieu à une tumeur blanche chez un scrofuleux et à une contracture chez une hystérique, etc. Elle a provoqué aussi la formation d'abcès chez des convalescents de maladies infectieuses, comme la fièvre thyphoïde et la rougeole, chez des tuberculeux, etc.

rétrécissement cicatriciel plus ou moins prochain; les écrasements des membres, de la main, du pied, etc., mutilent nécessairement ces organes.

Les infirmités dépendent de la nature des tissus désorganisés par la violence primitive, de la marche plus ou moins heureuse du travail réparateur, des accidents intervenus, etc. La contusion amènera dans les muscles l'induration chronique suivie souvent de transformation fibreuse ou d'atrophie, tarira la sécrétion des glandes, détruira ou surexcitera l'action nerveuse, de façon à produire des paralysies musculaires sensorielles, sensitives ou nutritives, des douleurs violentes et tenaces, des contractures, des phénomènes convulsifs, etc.

TRAITEMENT

L'indication fondamentale est facile à formuler, sinon toujours aisée à remplir. L'agent contondant a créé une solution de continuité dont il faut favoriser la synthèse, une cavité dont il faut réunir les parois. Tous les efforts doivent donc tendre à débarrasser la cavité du contenu qui la distend, et l'irrite à la manière d'un corps étranger, puis de mettre les parois en état de contracter l'adhésion primitive ou secondaire.

On combattra, chemin faisant, les accidents capables d'entraver le travail réparateur et aussi ceux qui résultent de la lésion spéciale à tel ou tel tissu ou organe; on tiendra compte enfin de l'état antérieur des parties contuses et de la constitution des blessés.

La synthèse de la solution de continuité doit être surveillée pour éviter les cicatrices vicieuses, et lorsqu'elle est réalisée, certains soins consécutifs sont nécessaires pour rétablir, le plus promptement possible, le fonctionnement régulier et complet des organes.

Ces quelques principes énoncés, nous allons examiner les moyens applicables à la contusion en général et à ses principaux genres. Avant tout nous rappellerons que la nature seule, ou aidée de précautions très simples, suffit à la cure dans l'immense majorité des cas, et que, à notre avis, les actes chirurgicaux proprement dits doivent être réservés pour des occasions tout à fait exceptionnelles. Nulle classe de traumas ne bénéficie plus des applications rigoureuses de la chirurgie conservatrice que la contusion.

Le *repos* de la partie blessée est indispensable dans tous les cas sans exception; et nous entendons par là non seulement l'immobili-

sation du corps entier, ou au moins de la région lésée par le séjour au lit et l'application de divers appareils, bandages, gouttières, etc., mais encore, quand elle est possible, la suppression plus ou moins complète du fonctionnement des organes contus. Si l'œil est atteint, nous plaçons le malade dans l'obscurité en couvrant d'un bandeau l'œil sain lui-même. Dans les contusions de l'abdomen, nous cherchons à paralyser l'intestin avec l'opium, et dans celles du thorax nous donnons aussi les narcotiques pour prévenir ou modérer la toux. Il y a dans cette direction une nombreuse série de mesures à prendre, qui varient suivant les organes, mais qui doivent concourir au même but. C'est pour cela que nous nous efforçons encore de combattre la douleur primaire, parce qu'elle excite l'économie toute entière et provoque au lieu blessé une irritation nuisible. Déjà l'immobilisation est un analgésique puissant. Nous y joignons *loco dolenti* les topiques froids, les résolutifs, les antiphlogistiques, les émollients, les narcotiques et jusqu'aux injections hypodermiques ; puis à l'intérieur l'opium et ses succédanés, le chloral, le sulfate de quinine, etc.

Il convient encore de donner à la partie blessée une position convenable, commode pour le patient, et qui prévienne les inconvénients de la déclivité. On ne saurait trop recommander également la plus grande réserve dans les explorations ; il faut les cesser aussitôt que l'on a porté un diagnostic suffisant et quelquefois même laisser celui-ci en suspens, si les manœuvres nécessaires à sa précision menacent d'être nuisibles ou même trop douloureuses.

Instruits du rôle fâcheux que joue l'extravasation des liquides, dont le moindre inconvénient est d'agrandir le foyer traumatique et d'en retarder l'occlusion, nous chercherons à la prévenir en arrêtant le plus tôt possible l'hémorrhagie fournie par les vaisseaux rompus. A cet égard le vulgaire emploie de temps immémorial et empiriquement des moyens utiles. On applique aussitôt le froid, en compresses imbibées d'eau, ou mieux sous forme de glace concassée. On plonge la main et le pied dans des vases remplis d'eau froide ; on y joint des substances dites résolutives, dont quelques-unes sont volatiles et par là peuvent soustraire du calorique à la région blessée. D'autres fois, comme dans les contusions de la tête, par exemple, on exerce une compression avec un corps dur, une pièce de monnaie, le manche d'une cuiller ; sur les membres on roule une bande, etc.

L'efficacité de ces expédients est réelle et d'ailleurs facile à expliquer. Le froid fait contracter les vaisseaux blessés et aussi les vaisseaux sains périphériques. Physiquement et physiologiquement il

resserre le derme, qui devient ainsi un agent de compression. La compression proprement dite est hémostatique, comme chacun le sait. En somme la pratique vulgaire et la théorie sont ici d'accord. L'eau blanche, l'alcool camphré, les diverses teintures ferrugineuses ou aromatiques, l'arnica, la boue de rémouleur, sont fort renommés. Ils sont en réalité efficaces, grâce à l'action qu'ils exercent sur nos tissus, et nous ne saurions blâmer les gens bien intentionnés qui les mettent en usage dans les premiers moments et avant l'arrivée du chirurgien. Cependant il ne faut pas leur demander trop, ni surtout en faire abus. Sous ce rapport, il semble que les praticiens eux-mêmes n'ont pas toujours gardé la mesure.

Le froid, par exemple, a été quelquefois employé trop généreusement et trop longtemps. Dans les contusions graves du pied, de la main, de la jambe, de l'avant-bras, lorsque la peau primitivement ischémiée est dans cet état incertain où la vie et la mort sont également possibles, la glace ou l'irrigation continue, au lieu de calmer les douleurs, les exaspère, comme nous l'avons vu plusieurs fois et en particulier chez les rhumatisants. Chez d'autres elle détermine l'angine, la bronchite, ou aggrave certaines affections thoraciques préexistantes. C'est dans les contusions profondes ou cavitaires un moyen infidèle, sinon dangereux. En effet l'abaissement de la température ne s'étend guère au delà du point d'application, de sorte qu'une partie, sinon la totalité du foyer, est soustraite à son action; on est rassuré d'abord par la bénignité des phénomènes à la surface, et pendant ce temps les lésions s'aggravent dans la profondeur.

Excellent moyen préservatif de l'inflammation, le froid est un antiphlogistique médiocre; il convient donc au début de la contusion, mais doit être rejeté quand la phlogose est déjà déclarée ou quand elle survient plus ou moins tardivement, en dépit de la réfrigération. On trouvera des renseignements plus complets sur les indications et contre-indications de cette méthode thérapeutique aux articles FROID, IRRIGATION CONTINUE, etc.

La chaleur n'est guère indiquée dans la contusion, cependant tous les jours on applique des cataplasmes émollients sur les foyers contus, et dans les plaies par écrasement on plonge les membres dans des bains locaux tièdes plus ou moins prolongés. On a proposé pour ce genre de blessures les appareils à incubation et le bain permanent. On se propose ainsi non plus d'arrêter le sang ni de prévenir l'inflammation, mais bien de combattre celle-ci et surtout de soustraire le foyer traumatique à l'action de l'air. Cette pratique a quelques avantages que nous signalerons dans un instant.

Les moyens proposés pour combattre l'extravasation des fluides quand elle est accomplie ne sont pas moins nombreux. Par les uns on cherche à imiter la nature et à favoriser ses actes ; par les autres on se substitue à elle dans la prévision qu'elle sera impuissante; tous ont pour but de faire disparaître le plus promptement possible l'épanchement considéré comme corps étranger et capable, à ce titre, de provoquer une réaction locale nuisible, ou de s'éterniser dans le lieu blessé.

On sait que la dissémination du sang en rend l'absorption plus facile ; en conséquence, on disperse ce fluide dans les mailles du tissu conjonctif voisin. Dans ce but, on emploie le massage et la compression brusque ou lente.

Le massage jouit d'une grande faveur auprès du vulgaire. Il a d'ailleurs la prétention d'exaspérer pendant quelques instants, puis à la longue de calmer les douleurs. Son efficacité réelle, dans certains cas d'entorse légère, l'a fait recommander dans les contusions et dans les épanchements sanguins de médiocre étendue. On lui adjoint d'ordinaire la compression et les résolutifs.

Les chirurgiens de profession n'ont jamais été très enthousiastes à l'endroit du massage. Sans contester ses succès dans certains cas, ils ont trop souvent constaté ses échecs et surtout l'aggravation des phénomènes à sa suite. Dans les cas graves, il enfreint le précepte si essentiel du repos de la partie blessée. Dans les cas légers, on arrive par des moyens plus simples et plus doux, quelquefois même par la pure expectation, à des résultats tout aussi bons.

La compression seule rend de grands services quand elle est bien faite. Lente, progressive et modérée, elle vient en aide à cette réaction élastique des tissus qui recouvrent et environnent le foyer contus, et favorise ainsi la dissémination et l'absorption de l'extravasat. Elle calme les douleurs en immobilisant les parties; elle agit surtout quand elle trouve un point d'appui dans les pièces sous-jacentes du squelette, ou quand elle enveloppe et entoure un membre tout entier. On la pratique avec les bandes simples ou élastiques, avec ou sans interposition de divers corps étrangers plus ou moins fermes, agaric, ouate, plaques de carton, de métal, etc. Le vieil appareil de Scultet est excellent pour les membres, mais nous ne saurions trop recommander les bandages ouatés de Burgraeve et d'Alph. Guérin, soutenus au besoin par des attelles métalliques ou autres, et par l'addition à la surface de quelques tours de bande amidonnée, dextrinée, plâtrée, silicatée, etc.

Nous avons obtenu des résultats très remarquables dans quelques

cas de blessures graves de pieds sur lesquels étaient tombés de corps pesants ou avaient passé des roues de voitures. La contu sion de la peau, son décollement profond et large, sa coloration gris ou livide en quelques points, l'attrition des os du tarse ou du méta tarse, la dislocation des jointures, tout faisait présager le dévelop pement d'une inflammation violente ou d'une gangrène plus o moins étendue. L'application du froid, d'ailleurs difficile à bie faire au membre inférieur, n'aurait sans doute pas prévenu la pre mière et aurait favorisé la seconde. La compression méthodique avec une épaisse couche d'ouate, nous a tiré merveilleusement d'em barras; elle a fait cesser subitement les douleurs, prévenu le accidents généraux, et, en enlevant le pansement vers le douxièm jour en moyenne, nous avons constaté, non sans surprise, un éta local des plus satisfaisants. Dans les cas relativement malheureux la mortification était limitée à quelques centimètres de la peau et quelques phalanges des orteils. Nous croyons fermement que cett méthode résout enfin le problème si difficile du traitement des con tusions graves du pied et du cou-de-pied[1].

Autant nous sommes partisans de la compression douce et métho dique, dont l'action complexe est du reste facile à expliquer, autan nous hésitons à recommander la compression brusque ou violent préconisée cependant par des chirurgiens de valeur. Nous faison allusion au procédé de Champion, de Bar-le-Duc, ainsi résumé pa Follin : comprimer la tumeur avec les mains brusquement et asse fortement pour produire la rupture du kyste sanguin ; obliger par de pressions ménagées le sang qui s'échappe du kyste à s'infiltrer dan le tissu cellulaire voisin ; presser de nouveau et à l'instant même l lieu que la tumeur occupait pour en exprimer le sang qui peut y êtr contenu ; éloigner ce sang par de nouvelles manipulations jusqu'à c qu'il chemine dans le tissu cellulaire et ne forme plus de bosselures si l'épanchement est superficiel, ou jusqu'à ce qu'on présume qu'i est suffisamment divisé, s'il est profond ; terminer par l'applica tion d'un appareil légèrement compressif qui permet le recollement des parois du foyer. Le sang disséminé de la sorte dans le tissu cel lulaire se résorbe assez facilement.

Le procédé de Champion se rapproche beaucoup du massage et en présente les inconvénients. Dans les cas récents il est douloureux; plus tard il doit faire courir les risques d'une inflammation du foyer

1. Voir pour le traitement des contusions du pied par le pansement ouaté, mes *Mém. de chir.*, t. II, p. 247.

sinon d'une augmentation de l'épanchement; car, en somme, on ajoute une contusion nouvelle à celle qui avait produit l'épanchement primitif. On ne l'emploiera donc qu'avec réserve, en se rappelant d'ailleurs les résultats fâcheux si souvent observés quand un hématome ou un hématocèle sont accidentellement soumis à des chocs ou à des pressions plus ou moins fortes.

A. Bérard a cru bon de renchérir encore sur ce procédé; il propose, si le kyste résiste à la compression brusque, de scarifier, à l'aide d'une ponction sous-cutanée, la paroi interne en plusieurs points, et de comprimer ensuite; nous rejetons absolument cette aggravation opératoire.

L'évacuation rapide des fluides épanchés a tellement préoccupé les chirurgiens qu'ils ont imaginé plusieurs façons de l'obtenir. Les uns pratiquent simplement une incision unique plus ou moins large permettant l'expulsion immédiate des caillots et de la sérosité. D'autres se sont contentés d'ouvertures étroites faites avec un bistouri aigu ou un trocart à hydrocèle dans l'espoir qu'après l'issue du contenu la petite plaie se cicatriserait immédiatement. On a mis en œuvre les précautions plus ou moins rigoureuses de la méthode sous-cutanée : tractions opérées sur la peau pour détruire le parallélisme des lèvres de l'ouverture, aspiration avec la seringue de J. Guérin, etc.

L'expérience a surabondamment démontré les dangers inhérents à toutes ces pratiques, et nous avons vu personnellement des accidents si graves succéder à l'ouverture intempestive des bosses sanguines, même de petit volume, que nous nous sommes habitué à regarder les collections de sang récentes ou anciennes comme de véritables *noli me tangere*. Sous l'influence du contact de l'air, les fluides extravasés se décomposent très facilement et donnent naissance à un poison organique de la plus grande violence. Nous considérons, en conséquence, comme un principe à peu près absolu de respecter scrupuleusement la paroi intacte d'un foyer de contusion interstitielle. Nous ne méconnaissons pas la valeur des motifs qui portent certains chirurgiens, même prudents, à intervenir; ils invoquent l'extension progressive de la tumeur, la distension de la cavité, les douleurs persistantes qui en résultent, la menace prochaine de l'inflammation du foyer ou du sphacèle de la peau soulevée; ils font valoir la cessation rapide des douleurs et des accidents de tension; la rapidité considérablement accrue de la cure, etc., et glissent très légèrement sur des revers qui pour être rares n'en constituent pas moins de vrais désastres.

Dans ces dernières années deux chirurgiens distingués des hôpitaux de Paris, très pénétrés d'ailleurs des périls attachés à l'ouverture des collections séro-sanguines, ont cru pouvoir les conjurer par des procédés spéciaux. Chassaignac a proposé le drainage, Voillemier, les ponctions capillaires. Nous dirons peu de choses du drainage, que l'auteur ne propose qu'exceptionnellement pour l'hématocèle du scrotum, et nous renvoyons pour les ponctions capillaires au long mémoire que Voillemier a communiqué à la *Société de chirurgie*, en 1856. Les nombreux faits produits dans ce travail plaident en faveur de l'innocuité du moyen, mais ils ne prouvent pas que son emploi ait toujours été nécessaire, et que la guérison ait été plus rapidement obtenue que si l'on avait mis en usage des procédés plus doux.

Dussions-nous être taxés de timidité trop grande, nous avouons qu'en thérapeutique chirurgicale, lorsqu'il s'agit de comparer, de peser et de choisir telle ou telle méthode, tel ou tel procédé, nous penchons toujours pour le plus innocent, mettant au second rang la rapidité de la cure. Nous avons déjà soigné bien des *contusions* suivies de bosses sanguines ou de collections séreuses, et nous n'avons pas encore été forcés d'intervenir chirurgicalement; nous avons attendu et nous nous en sommes bien trouvés. La compression douce, les vésicatoires répétés (moyen extrêmement puissant, soit dit par parenthèse), nous ont, avec l'aide du temps, toujours suffi, dans les cas simples et de date peu ancienne. Cependant nous indiquerons les cas où il faut sortir de cette réserve et où nous en sommes sortis nous-mêmes.

Les hématomes très anciens, tout à fait stationnaires, peuvent être largement ouverts, à la condition qu'on modifie simultanément la paroi par la cautérisation et par l'application réitérée des agents antiseptiques. Quelquefois l'extirpation de la tumeur est préférable.

Si nous rencontrions des épanchements de sérosité rebelles, comme Morel-Lavallée en a observé, nous viderions, sans trop de remords, la poche avec l'aspirateur de Dieulafoy, et si cette simple évacuation était insuffisante, nous pratiquerions des injections avec la teinture d'iode, l'eau phéniquée ou tout autre agent antiseptique. Le drainage lui-même ne nous effrayerait pas trop, s'il était combiné avec des injections modificatrices faites *immédiatement* et répétées *très souvent* dans la suite.

L'intervention peut encore être, non seulement légitimée, mais encore nécessaire en cas d'inflammation du foyer. Après avoir essayé les antiphlogistiques, onguent napolitain belladoné et cata-

plasmes, *les* sangsues et ventouses, qui ne seront jamais appliquées sur les points contus eux-mêmes, ni sur le sommet des bosses sanguines, mais bien à la périphérie et à une distance convenable, les vésicatoires larges, etc., on songera, en fin de compte, à l'évacuation du pus *pur* ou mélangé aux fluides extravasés. Certaines observations *de Voillemier* tendent à prouver que les ponctions capillaires réussissent parfaitement dans ces cas; nous y aurions sans doute recours; mais si la collection purulo-sanguine présente les signes d'une inflammation violente, s'il y a menace de phlegmon diffus, si les symptômes généraux sont sérieux, il faut débrider largement; ce que nous avons fait plusieurs fois au devant du genou et du coude. Cependant nous avons encore temporisé autant que le permettait la prudence, parce que le danger de l'ouverture du foyer est en raison directe de la proportion de sang qu'il renferme encore. Il est évidemment d'autant moindre que la métamorphose purulente est plus complète. Il ne faut d'ailleurs inciser que lorsque l'œdème superficiel, joint aux autres signes du phlegmon, indique sûrement *la présence du* pus.

Dans un cas que j'ai observé à la Pitié en 1876, un homme atteint de gibbosité ancienne reçut obliquement sur le dos un corps pesant *qui*, sans entamer la peau, la décolla dans une très grande étendue. Il en résulta une vaste collection qui, s'étant enflammée, paraissait devoir renfermer du pus véritable en grande abondance. Songeant qu'il pouvait n'y avoir là qu'un hygroma aigu d'une bourse séreuse accidentelle avec propagation au loin du travail inflammatoire, et malgré la vivacité des phénomènes locaux et les instances de mes aides, j'attendis patiemment et n'employai que les moyens topiques. Au bout de huit jours toute crainte de suppuration était dissipée. Quelques jours plus tard, les parois de la poche étaient recollées, au grand étonnement de l'assistance. La peau était rouge, chaude, douloureuse, mais n'avait jamais présenté d'œdème notable.

Nous avons, à plusieurs reprises, parlé de cet état indécis dans lequel on trouve les parties contuses, et qu'on a désigné sous le nom de stupeur locale. Il exige une attention particulière. Suivant les causes qui l'engendrent, on évitera soigneusement les applications froides, la compression directe et toutes les manipulations qui pourraient encore compromettre la vitalité douteuse des tissus; on recouvrira la région de topiques excitants, teintures alcooliques diverses, alcool camphré, sachets chauds, et en s'arrêtant toutefois aux premiers indices d'une réaction qui conduirait vite à la phlegmasie. Dans un cas grave nous sommes hardiment intervenus. A la

suite du passage d'une roue de voiture sur la partie supérieure de la jambe, tout le membre devint énormément tuméfié, livide, froid, et presque insensible; les battements des artères tibiales ne se sentant plus, nous soupçonnâmes une compression violente des vaisseaux par le sang épanché, et pour la faire cesser nous pratiquâmes de larges débridements cutanés dont les lèvres s'écartèrent aussitôt dans une grande étendue. Dès le lendemain, la circulation s'était rétablie dans le membre. Malheureusement, nous ne pûmes savoir ce qui serait résulté de cette pratique, car le sujet, atteint en même temps de lésions multiples, succomba le troisième jour[1].

Quand la gangrène d'un membre est confirmée ou évidente d'emblée, il faut amputer, de bonne heure autant que possible, mais en attendant toutefois que la réaction soit établie; opérer pendant que le pouls est petit, la peau froide, et le thermomètre au-dessous de 36°, c'est courir au-devant d'une mort presque certaine. D'autre part, il serait imprudent de temporiser outre mesure et de se laisser gagner par la fièvre traumatique qui se développe parfois très vite, passe bientôt à la septicémie aiguë, et ôte alors toutes les chances de succès.

Quand la gangrène est partielle, limitée à des plaques plus ou moins étendues du tégument et qu'il n'y a pas encore à ce dernier de solution de continuité, il peut être fort utile de retarder l'élimination de l'eschare et par conséquent la communication du foyer avec l'extérieur, bien que celle-ci soit inévitable. Il faut alors lutter le plus longtemps possible contre la décomposition putride de la partie morte. Dans un cas de ce genre auquel nous avons déjà fait allusion, la cuisse avait doublé de volume par suite de la rupture probable de la veine poplitée et d'une énorme hémorrhagie interstitielle. La peau, directement contuse en plusieurs points, était parsemée de petites eschares grises qui, heureusement, adhéraient encore aux parties adjacentes. Deux fois par jour ces eschares furent touchées avec un pinceau imbibé tantôt de teinture d'iode et tantôt de perchlorure de fer à 15°. Cela eut pour effet de tanner en quelque sorte les plaques mortifiées et d'en ajourner indéfiniment l'élimination. Quand celle-ci commença, l'énorme épanchement sanguin avait eu le temps de disparaître presque totalement. Le malade guérit.

Les moyens communs conviennent aux contusions cavitaires comme aux contusions insterstitielles, mais pour les premières quelques indications spéciales doivent être remplies, il convient

1. Voir plus loin la *Note pour servir à l'histoire de la stupeur locale.*

par exemple, d'évacuer les liquides extravasés soit par les voies naturelles, soit par des voies artificiellement créées. Dans les contusions périnéales avec blessure de l'urèthre, il faut, sans hésitation, fendre largement le périnée sur la ligne médiane pour assurer une issue facile à l'urine qui, sans cela, se mélangerait au sang épanché et ferait naître un phlegmon redoutable.

Il convient également de débarrasser des caillots la vessie, le rectum, le vagin, la bouche, les fosses nasales, en prenant garde cependant de provoquer le retour d'une hémorrhagie arrêtée depuis trop peu de temps.

Dans les contusions de l'œil, si les douleurs sont excessives, on peut évacuer par la paracentèse unique ou répétée, sinon le caillot, au moins les parties plus fluides qui contribuent avec lui à distendre outre mesure la coque scléroticale.

Les anciens étaient plus hardis que nous dans les cas d'épanchements cavitaires; ils pratiquaient plus souvent l'empyème pour l'hémothorax primitif et, dans le même ordre d'idées, trépanaient sans cesse pour soustraire les hémisphères cérébraux à une compression souvent imaginaire. La pratique moderne tend chaque jour à devenir plus sage; elle compte davantage sur les ressources de la nature et de la thérapeutique commune. C'est à notre avis un sérieux progrès.

Cependant l'introduction et la généralisation de la belle, grande et utile méthode antiseptique, paraît donner un regain d'actualité à la témérité de nos pères. On entend parler d'ouvertures plus ou moins larges des articulations contuses, par exemple, pour en extraire les liquides extravasés. Il nous faudra beaucoup de temps et beaucoup de preuves pour entrer dans cette voie compromettante pour la chirurgie antiseptique et pour ses partisans.

Nous serons brefs sur le traitement des contusions avec plaie extérieure, car ici les indications sont complexes; les unes sont relatives aux plaies exposées en général, ce sont les plus nombreuses; les autres au mode de production de ces plaies et aux particularités empruntées à ce mode.

L'innocuité relative des contusions interstitielles étant avérée, on est naturellement tenté de métamorphoser le foyer ouvert en foyer clos en réunissant les bords de la plaie cutanée, mais l'attrition des tissus rend le plus souvent impossible l'adhésion immédiate et fait échouer la tentative.

Quelques succès obtenus n'infirment pas la règle générale qui défend de suturer les plaies contuses. Deux intérêts opposés se trou-

vent ici en présence: soustraire le foyer au contact de l'air, abrég la cure, prévenir les cicatrices choquantes, tels sont les motifs q plaident en faveur de la réunion.

Prévenir les accidents traumatiques à tout prix, même en ajou nant la guérison et en laissant naître des difformités qu'on aura corriger plus tard, sont au contraire les raisons qui conduisent laisser les plaies ouvertes se fermer spontanément par seconde in tention. Sauf en des cas exceptionnels, nous sommes depuis long temps ralliés à la seconde doctrine, car chaque jour nous constatons le effets déplorables de la réunion des plaies contuses au cuir chevel et dans les régions où le tissu cellulaire sous-cutané est très lâche dos de la main et du pied, face interne des membres, périphéri des articulations.

L'abstention a cependant des limites que nous reconnaisson volontiers. Les plaies contuses de la face, au voisinage surtout de paupières, font naître presque fatalement des difformités souver difficiles à guérir plus tard et qu'il y aurait grand avantage à pré venir. Nous excusons donc ici les tentatives de réunion immédiate mais à la condition d'assurer le plus possible son succès, en régu larisant les bords de la plaie contuse, en débarrassant soigneuse ment le foyer des corps étrangers, des caillots et des tissus désor ganisés qu'il pourrait renfermer.

Si une cavité viscérale est ouverte, il est évidemment utile de l clore, et ici encore on est autorisé à le tenter. Toutefois, entre l réunion immédiate et l'abandon pur et simple de la plaie aux soin de la nature, il existe heureusement un terme moyen : nous voulon parler des pansements par occlusion, qui, associés à une immobi lité rigoureuse de la région blessée, donnent d'excellents résultats Aujourd'hui les fractures compliquées, les plaies pénétrantes de articulations, les grandes contusions en communication avec l'exté rieur, guérissent très bien sous le pansement ouaté d'Alph. Guérin qui a complètement transformé le pronostic jadis si redoutabl des lésions susdites. Nous en avons en ce moment même, l'hôpital de la Pitié, un exemple des plus remarquables sou les yeux.

Un homme de cinquante ans, alcoolique, présentait à la fac interne du genou droit une plaie contuse, large et profonde. L'ar ticulation était ouverte; on trouva dans les caillots des fragments d cartilage diarthrodial, et tout porte à croire que l'extrémité supé rieure du tibia était fracturée. Jadis on n'eût pas hésité un instant amputer la cuisse. Le pansement ouaté fut mis en usage; on l

laissa en place pour la première fois *quarante-trois jours*. A la première levée la plaie était fort réduite, et nous ne mettons pas en doute la guérison complète dans un avenir prochain.

Nous avons obtenu plusieurs fois des succès comparables, comme du reste tous les chirurgiens qui appliquent la méthode dans toute sa rigueur. Le pansement par occlusion de Laugier et de Chassaignac comptait déjà plus d'un succès, mais était loin cependant de valoir l'appareil de Guérin.

Enfin le pansement de Lister, appliqué aux plaies contuses, a de son côté enregistré de nombreuses victoires et rivalise avec l'occlusion. Nous renvoyons pour toutes ces questions intéressantes aux articles PLAIE et PANSEMENT ; c'est également à propos des ÉCRASEMENTS et des PLAIES PAR ARMES A FEU que l'on exposera la conduite à suivre dans les grandes attritions ou dans les blessures graves des membres, et que l'on discutera les mérites respectifs de la chirurgie conservatrice et des opérations radicales, amputations et résections.

Le traitement des terminaisons tardives de la contusion ne saurait être exposé dans le présent article ; il trouvera sa place aux mots : ÉPANCHEMENT, HÉMATOME, HÉMATOCÈLE, KYSTES, NÉVRALGIES TRAUMATIQUES, etc.

Nous terminerons par une remarque générale sur le traitement de la contusion. D'une manière générale, on se fie trop à la bénignité ordinaire de ce genre de traumas et on ne continue ni assez longtemps ni assez rigoureusement les soins primitifs. On laisse trop vite les blessés reprendre leurs occupations ordinaires et leurs rudes travaux. La cessation de la douleur n'est pas une preuve suffisante de la restauration anatomique complète des parties atteintes. Trop souvent au point lésé restent quelques vestiges des premiers désordres qui constituent le germe réel d'affections futures et de véritables *loci minoris resistentiæ*. Surviennent un excès de travail, une maladie intercurrente, et le foyer se rallume. Même résultat, si une diathèse cachée existe ou atteint sa période d'activité, elle va de préférence évoluer dans l'endroit faible.

Dans le traitement de la contusion doit donc entrer en ligne de compte l'état constitutionnel. C'est une vérité que le praticien ne doit jamais perdre de vue sous peine de voir ses efforts inutiles et son pronostic fréquemment démenti.

BIBLIOGRAPHIE. — A part les articles des traités généraux et quelques thèses, on trouve peu de documents sur la contusion proprement dite, tandis que de nombreux travaux ont été publiés sur divers points de son histoire, à propos de l'action des causes contondantes sur les tissus ou les organes. Nous ne signalerons donc que les principales sources où nous avons puisé nos renseignements, des indications plus spéciales se trouvant aux articles qui traitent des lésions de tissus et d'organes.

A. PARÉ. *Œuvres complètes*, édit. Malgaigne, vol. II, livre X, p. 194. — LŒBER. *Historia contusionum*. Dissert. inaug. Iéna, 1726. — KNIPHOFF. *Diss. vexatorum hist.* et *theoria*. Erfurth, 1748. — LOUSTAUNAU. *De contusionibus*. Th. de Paris, 1772. — GUINDANT (Toussaint). *An contusioni cuicumque simplici interior simul et exterior vulnerariorum usus?* Th. inaug. Paris, 1772. — J.-L. PETIT. *Œuvres posthumes*, t. I, p. 276. 1774. — LASSUS. *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 470. — PELLETAN. *Mémoire sur les épanchements de sang*. In *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 98. — RACINET. *De la gangrène produite par la contusion*. Th. Paris, 1813. — BOYER. *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, 2e édit., t. I, p. 338. — RIEUX. *De l'ecchymose, de la sugillation, de la meurtrissure*, etc. Th. de Paris, 1814. — CRUVEILHIER. *De la contusion*. Th. de doct. Paris, 1816. — VELPEAU. *De la contusion dans tous les organes*. Th. de conc., 1833. — MARJOLIN et OLLIVIER. Art. CONTUSION. In *Dictionnaire de médecine en trente volumes*, t. VIII, 1834. — DUPUYTREN. *Leçons de clinique chirurgicale*, t. V, p. 264. 1839. — BÉRARD et DENONVILLIERS. *Compendium de chirurgie*, t. I, p. 391. — ROCHE et SANSON. *Nouvaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, t. III, 1844. — LAFAURIE. *Considérations cliniques sur la contusion des membres*. Thèse de Paris, 1846. — MOREL-LAVALLÉE. *Épanchements traumatiques de sérosité*. In *Arch. génér. de médec.*, juin 1853, t. V, p. 689. — LARREY. *Tumeur fibrineuse dégénérée et récidivée*. In *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1855, t. VI, p. 246. — BROCA. *Épanchement sanguin persistant depuis neuf mois*. In *Bulletin de la Société anatomique*, 1856, p. 140. — VOILLEMIER. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1856, t. VII, p. 26, 45 et *Clinique chirurgicale*, 1862, p. 256. — VERNEUIL. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1857, t. VIII, p. 527. — E. SIMON. *Tumeur hématique*. In *Bulletin de la société anatomique*, 1860, p. 329. — Rapport de Trélat, p. 334. — JALABERT. *Des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire*. Thèse de Paris, 1860. — FOLLIN.

Traité élémentaire de pathologie externe, t. I, p. 385. — TH. BILLROTH. *Handbuch der allg. und speciell. Chirurgie*. I Band. 2 Abth., 2 Heft, S. 45, et *Éléments de pathologie chirurgicale* (Trad. de CULMANN et SENGEL), 1868. p. 253. — VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*. Trad. d'ARONSSOHN, t. I, p. 125, 1867. — S. LUGIER. Art. CONTUSION. In *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IX, p. 312, 1869. — J. PAGET. In *Holmes's System of Surgery*. 2 édit. Vol. I, p. 617, 1869. — BLOCH. *Action produite sur la peau par des traumatismes divers*. In *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1874, p. 157. — BESAUCÈLE. *Étude sur les épanchements sanguins anciens dans le tissu cellulaire sous-cutané*, 1874. — PELTIER. *Étude sur les épanchements traumatiques de sérosité*. In *Mouvement médical*, 1869, p. 505, etc. — GOSSELIN. *Épanchement traumatique d'huile*. In *Union médicale*, 1870, 3e sér., t. X, p. 360, et *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, t. II, p. 625, 1873. — B. ANGER. *Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine*, 1875, p. 38.

APPENDICE

AUX ARTICLES COMMOTION ET CONTUSION

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA STUPEUR LOCALE

Les auteurs du commencement de ce siècle ont décrit sous ce nom un état particulier des tissus se montrant surtout à la suite de pressions et de contusions violentes et dans lequel la circulation, l'innervation et la calorification se trouvant plus ou moins suspendues ou temporairement abolies, la mortification des organes atteints semble imminente.

J'ai plusieurs fois déjà observé l'état en question avec tous ses caractères, mais deux fois seulement j'ai pris des notes sur ces phénomènes. Comme il me paraît que ces faits sont rares et qu'une certaine obscurité règne encore sur leur étiologie, leur pathogénie et leur traitement, je crois bon de les faire connaître.

J'y ai fait allusion déjà en 1876, dans l'article COMMOTION du *Dictionnaire encyclopédique*.

« Dans plusieurs cas de stupeur locale des membres, disais-je, j'ai observé l'abolition simultanée de la circulation et de la calorification, de la sensibilité et du mouvement ; on aurait pu croire que les nerfs, ainsi que les gros vaisseaux, étaient rompus quand ils n'étaient, en réalité, que comprimés par un épanchement sanguin logé dans les interstices conjonctifs. La résorption de l'épanchement, parfois aussi quelques débridements, faisaient renaître rapidement les fonctions qui n'étaient que suspendues. »

J'ai donné un résumé de l'un de ces faits dans mon mémoire sur la désarticulation de l'épaule [1].

1. *Arch. gén. de méd.*, 1873, 6e série, t. XXII, et *Mém. de chir.*, t. II, p. 3[illegible]

« Un adulte tombe sous une voiture; le bras droit est écrasé; le fémur du même côté est fracturé sans plaie, la jambe gauche violemment contusionnée. Mon collègue et ami Tarnier appelé pendant la nuit désarticule l'épaule. Dès le lendemain, la jambe gauche, énormément tuméfiée, devient froide, insensible et présente les signes de la lésion, connue sous le nom de stupeur locale, état précurseur de la gangrène traumatique. Le troisième jour, sans que la plaie chirurgicale de l'épaule soit devenue le siège d'un accident quelconque, la mort survient, évidemment causée par le sphacèle de la jambe. »

Or, les derniers mots de cette phrase renferment une grosse erreur. Au lieu de *sphacèle*, il faut lire simplement *lésion*, et en somme dire, conformément à la réalité, que la mort a été due principalement à la blessure de la jambe gauche.

En effet, voici ce qui s'est passé. Soupçonnant que la suppression des phénomènes vitaux dans la jambe pouvait être due à la compression exercée par l'épanchement sanguin profond sur les gros troncs vasculaires et nerveux du membre, je pratiquai des débridements multiples parallèlement à l'axe du membre, et comprenant la peau et l'aponévrose; en un mot, le drainage excepté, j'opérai exactement comme dans le cas récent dont on lira dans un instant la relation. Mon hypothèse était si bien fondée, que la sensibilité, le mouvement et la chaleur reparurent dans la jambe blessée quelques heures après les débridements.

Malheureusement, le patient était atteint de traumas multiples graves tels qu'un écrasement du bras suivi de désarticulation de l'épaule et une fracture de la cuisse. De plus, nous étions en 1873, époque où l'antisepsie n'était pas faite comme à présent; de sorte qu'une inflammation diffuse se développa dans la profondeur de la jambe débridée et contribua pour une large part à la terminaison funeste.

Malgré cet insuccès, l'impression laissée dans mon esprit fut que les épanchements profonds sans plaie dans un membre muni, comme la jambe, d'une aponévrose résistante, pouvaient suspendre mécaniquement la circulation et l'innervation; d'où l'indication d'évacuer le sang épanché pour libérer les vaisseaux et les nerfs. C'est une nouvelle application de cette théorie que j'ai faite onze ans plus tard avec un plein succès dans le cas suivant :

Contusion violente de la jambe; stupeur locale; épanchement sanguin profond comprimant les nerfs et les vaisseaux du membre; débridements multiples; cessation rapide des troubles de la circulation et de l'innervation. Guérison.

Astruit, trente-cinq ans, taille moyenne, forte constitution, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, 23, le 28 octobre 1883. Étant en état d'ivresse, il tombe sous une voiture pesamment chargée dont la roue passe obliquement sur la partie moyenne de la jambe droite.

Six heures après, on constate un gonflement considérable de ce membre avec large ecchymose; la peau n'est pas déchirée, mais seulement contuse et fortement distendue. Les os ne sont pas fracturés. La jambe présente dans toute son étendue une consistance extrême, et un refroidissement appréciable même à la main; on ne sent ni les tibiales ni les pédieuses; les orteils sont insensibles et le blessé accuse un engourdissement qui équivaut presque à une paralysie complète. En effet, les mouvements volontaires du pied et des orteils sont abolis et la sensibilité cutanée, explorée avec l'épingle enfoncée à une certaine profondeur, est tout à fait nulle; l'abaissement de température s'étend jusqu'au tiers inférieur de la cuisse.

M. Redard, qui était alors mon chef de clinique, et faisait des recherches sur la thermométrie chirurgicale, releva avec beaucoup de soin les températures locales des deux membres à l'aide de son appareil thermo-électrique, et dressa six heures après le tableau suivant .

	Côté blessé.	Côté sain.	Différence.
Pieds et orteils.............	27°,6	29°	1°,4
Tiers inférieur de la jambe...	27°,6	29°	1°,4
Partie moyenne et postérieure (au niveau de l'ecchymose).	26	31°,1	5°,1
Partie interne de la jambe....	25	31°,1	6°,2
Tiers inférieur de la cuisse....	27°	31°,5	4°,2
Température axillaire........	38°,2		
— rectale.........	38°,8		

En résumé, abaissement de la température locale, très marqu au niveau de la partie moyenne de la jambe, dans les points fort ment ecchymosés (5° en moyenne).

En présence de ces symptômes, je diagnostique un épancheme sanguin profond consécutif à la rupture de quelque gros vaissea artériel ou veineux et je soupçonne que le sang épanché dans l interstices musculaires et sous la peau épaisse et intacte exerce s les tissus vasculaires et nerveux une compression capable de pr

duire l'ischémie, l'abolition des fonctions nerveuses et la menace de sphacèle, c'est-à-dire l'état connu sous le nom de stupeur locale.

Partant de cette hypothèse, je pratique en dedans, un peu en arrière du bord postérieur et interne du tibia, puis en dehors, au niveau du péroné, en arrière enfin, vers la ligne médiane, sur le tiers moyen de la jambe et parallèlement à son axe, trois incisions de 15 à 16 centimètres, comprenant la peau, l'aponévrose d'enveloppe et allant en dedans et en dehors jusqu'aux plans musculaires ou, pour parler plus exactement, jusqu'à l'interstice séparant le soléaire des muscles de la couche profonde.

Ces débridements donnent immédiatement issue à une quantité notable de sérosité sanguinolente, puis à une quantité plus grande encore de sang noir fluide ou à demi coagulé qui était accumulé sous la peau et plus particulièrement dans les interstices musculaires. J'estime à 500 grammes au moins la quantité de liquide que je pus ainsi extraire du premier coup.

J'étais prêt, si une hémorrhagie s'était déclarée à ce moment, à chercher le vaisseau et à lier les deux bouts; mais je ne vis que du sang noir; en conséquence, je passai transversalement trois drains, un sous la peau du mollet, et deux autres à travers le membre dans l'espace sous-soléaire.

Puis, les plaies lavées soigneusement et libéralement avec la solution phéniquée forte, j'appliquai un pansement ouaté en laissant à découvert les orteils pour surveiller la circulation et l'innervation. Il est presque inutile de dire que si le lendemain le sphacèle du membre s'était confirmé, j'aurais immédiatement pratiqué l'amputation de la cuisse.

Le soir, la sensibilité est revenue aux orteils, qui de plus offrent à la palpation une chaleur assez marquée.

La température axillaire est à 38°.

Le lendemain matin (19 octobre), le pansement ayant été traversé par le sang est enlevé et renouvelé.

La température locale a subi les changements suivants :

	Côté blessé.	Côté sain.	Différence.
Au gros orteil (le thermomètre est placé entre le premier et le second orteil)...........	36°,8	36°,2	0°,6
Tiers inférieur de la jambe.	34°,4	34°,2	0°,2
Partie moyenne de la jambe	35°	34°,2	0°,8
Au tiers supérieur de la jambe.	35°	34°	1°
Tiers inférieur de la cuisse...	34°	34°	0

Donc la température locale du côté blessé, précédemment très abaissée, est en moyenne plus élevée de 9 dixièmes de degré que celle du côté sain.

La circulation paraît entièrement rétablie ; le malade peut également remuer les orteils. La peau distendue et menacée de sphacèle a recouvré ses caractères normaux.

Le 20 octobre, les plaies sont béantes et remplies de sang noir ; la suppuration commence ; le membre est enveloppé de compresses phéniquées renouvelées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Température axillaire du matin, 38°,8.

	Côté blessé.	Côté sain.	Différence.
Température locale moyenne de la cuisse............	35°,9	35°,2	0°,7
Jambe au niveau des plaies.	36°,2	35	1°,2

Le soir, dans l'aisselle, 39°,2.

Le 21, la vitalité du membre est assurée, et l'état général n'est pas mauvais ; cependant la température reste élevée ; il y a évidemment septicémie prononcée, bien que les plaies soient bien ouvertes et que les drains fonctionnent convenablement. On ajoute à l'emploi des compresses phéniquées la pulvérisation pratiquée deux fois par jour pendant une demi-heure. La jambe dégonfle et les bords des incisions latérales se détergent ; le pus a bon aspect.

Cependant le 22 et le 23 la température du soir est encore à 39°,5. En cherchant les causes de cette persistance de la fièvre, alors que l'état local est satisfaisant, je m'aperçois que la pulvérisation n'agit que sur les faces antérieure et latérales du membre, ainsi que sur les plaies répondant au tibia et au péroné. La face postérieure de la jambe repose sur le lit ; l'incision qui s'y trouve ne reçoit pas la vapeur antiseptique et renferme du pus légèrement putride. Cette dernière circonstance pouvait donc expliquer l'ascension du thermomètre. L'interprétation était si exacte, qu'en ayant soin de soulever la jambe au niveau du talon et du jarret pour que la poussière phéniquée puisse atteindre toute la circonférence du membre, on vit du jour au lendemain, dans la journée du 24, la température axillaire descendre d'un degré et tomber le 25 à 37°,8.

La température locale était alors la suivante :

	Côté blessé.	Côté sain.	Différence.
Cuisse....................	35°,2	36	0°,8
Jambe au niveau des plaies.	35	34°,2	0°,8

Dans les premiers joups d'octobre, une rétention passagère du pus ramena un peu de fièvre, mais à partir du 6 l'apyrexie devint complète. La cicatrisation s'effectua assez lentement et l'empâtement profond persista pendant plusieurs semaines. La compression méthodique en fit justice.

Je ne puis dire quel vaisseau avait été primitivement rompu.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord la marche de la température locale, qui plus basse de plusieurs degrés du côté malade que du côté sain, alors que la circulation était gênée, et que le membre était menacé de gangrène, revint peu à peu à la normale dès que l'obstacle à la circulation eut été levé par les débridements, et la dépassa ensuite de près d'un degré lorsque l'inflammation s'empara du foyer de la contusion.

D'autre part, le résultat de l'intervention chirurgicale a démontré que celle-ci était nécessaire et qu'elle a été utile, puisqu'elle a prévenu la mortification imminente du membre et ramené la vitalité dans les tissus; mais l'élévation de la température, qui a atteint un moment 39°,5 a prouvé une fois de plus combien, malgré la contre-ouverture et le drainage multiple, l'antisepsie est difficile à obtenir dans ces foyers anfractueux à parois contuses et infiltrés de sang. Les applications phéniquées et le bon fonctionnement des drains n'ont pu prévenir la septicémie; la pulvérisation continue elle-même n'a pas eu d'abord de meilleur résultat, parce qu'elle était insuffisamment appliquée; mais dès qu'elle put atteindre toute la circonférence du membre, elle fit cesser la fièvre et la température revint définitivement à la normale.

Cette observation témoigne donc encore en faveur des bons effets de la pulvérisation continue antiseptique.

DES EFFETS DIFFÉRENTS DE LA CONTUSION

SUIVANT

L'ÉTAT CONSTITUTIONNEL DES BLESSÉS

Nous avons déjà fait allusion, à propos du pronostic de la contusion (Voir plus haut, p. 113 à 115) aux résultats immédiats ou éloignés de la contusion chez les enfants, les vieillards, les arthritiques, les syphilitiques, les scrofuleux, et nous avons vu qu'ils variaient non seulement suivant l'état du blessé, mais encore suivant la nature des tissus atteints.

Nous avons depuis cette époque recueilli un certain nombre de faits tendant à confirmer les opinions que nous avions émises dans cet article; nous allons les rapporter ici.

On sait avec quelle facilité le traumatisme éveille les maladies constitutionnelles latentes ou réveille les propathies plus ou moins anciennes; or, de toutes ses formes, la contusion est peut-être celle qui possède au plus haut degré cette fâcheuse propriété.

Le cas suivant, dont les pareils se rencontrent tous les jours dans la pratique, est un vrai type du genre.

Obs. I. — *Chute sur les genoux chez une rhumatisante. Nouvelle attaque de rhumatisme généralisé.*

Caroline T..., dix-huit ans, belle constitution, bonne santé antérieure, entre une première fois dans mon service en septembre 1878 pour une arthrite rhumatismale mono-articulaire du genou droit, dernier vestige d'un rhumatisme polyarticulaire d'origine puerpérale, survenu un mois après l'accouchement. Les lésions sont assez sérieuses, la synoviale est épaissie et il existe une hydarthrose considérable. Traitement par la révulsion, l'immobilisation absolue avec compression, etc. La cure paraissant très avancée en janvier, la malade va en convalescence au Vésinet, y reste six semaines et en revient guérie en apparence, sauf persistance de quelques craquements articulaires dans les mouvements étendus et d'un peu de faiblesse du membre, avec retour de quelques douleurs légères après un marche trop prolongée.

T... avait repris son travail, lorsqu'en mars 1879 elle fait une chute sur les genoux. Le droit étant redevenu rouge, gonflé et douloureux dès le lendemain, elle rentre à l'hopital. On revient à l'immobilité et on électrise le triceps qui est notablement atrophié. Cette attaque combattue dès l'origine dure à peine vingt jours, au bout desquels T... demande à servir dans la salle à titre d'infirmière, profession assez fatigante, comme on sait.

Tout allait au mieux lorsque, le 24 mai, eut lieu une nouvelle chute encore légère sur les deux genoux. Le soir même le droit redevient douloureux; le lendemain la fièvre se rallume et la malade reprend un lit dans la salle. Le 26 mai, je trouve l'articulation gonflée, rouge, douloureuse à la moindre pression et au plus petit mouvement. Le genou gauche lui-même commence à devenir sensible. Il y a fièvre modérée avec anorexie et état gastrique.

Les jours suivants, le rhumatisme se généralise et envahit successivement les deux poignets et l'épaule gauche. On prescrit des bains de vapeur et le salicylate de soude; ce dernier étant mal toléré est remplacé par le sulfate de quinine.

Le 10 juin, l'accès est à peu près fini; le genou droit, envahi le premier, reste douloureux le dernier; cependant le 15, T... reprend son service d'infirmière.

Si l'on considère le rhumatisme puerpéral comme une maladie infectieuse ou microbienne, le fait précédent conduit à admettre qu'une articulation prise une première fois reste habitée par le microbe, lequel y repullule à l'occasion d'une cause déterminante directe, refroidissement ou contusion, et même quand cette cause porte sur un point différent de l'économie comme une autre jointure par exemple.

Si dans une rechute la maladie envahissait une articulation qui n'aurait point été atteinte dans la première attaque, il faudrait admettre ou que cette articulation avait récélé le microbe à l'état latent, ou qu'elle l'a reçu de date récente par colonisation ou émanation du foyer d'où la récidive est partie.

Ces hypothèses semblent peut-être un peu subtiles, sinon singulières, mais il faut bien les soulever si l'on veut arriver à expliquer la réapparition d'ailleurs incontestable des propathies provoquée par le traumatisme.

CONTUSION CHEZ DES SUJETS CONVALESCENTS DE MALADIES INFECTIEUSES

Le hasard a mis au même moment sous mes yeux deux faits qui doivent être rapprochés du précédent : 1° parce que dans les deux cas une contusion légère a été suivie de la formation du pus au point blessé ; 2° parce que chaque fois aussi on note l'existence d'une maladie générale antérieure, avec cette différence toutefois que dans les observations présentes il s'agissait de maladies aiguës qui semblaient complètement guéries et dont on aurait pu méconnaître la connexion avec le développement des abcès.

C'est par analogie que j'admets cette connexion et en m'appuyant itérativement sur cette loi qu'un trauma interstitiel léger chez un sujet indemne de toute tare ne doit jamais suppurer.

Obs. II. — *Contusion légère à la fin de la convalescence d'une fièvre typhoïde. Abcès à marche lente.*

Mme X..., soixante-neuf ans, ayant toujours joui d'une excellente santé et qui en présente encore aujourd'hui toutes les apparences, entre dans mon service pour une tumeur située à gauche du sternum, au niveau du cartilage de la troisième côte. Du volume de la moitié d'une pomme, régulière, bien circonscrite par un bourrelet saillant, sans changement de couleur à la peau, molle, fluctuante, presque indolente à la pression, cette tumeur offre tous les caractères d'un abcès froid ou d'une périostite chronique suppurée. L'étiologie et la pathogénie constituant les points intéressants du récit, je dirai pour n'y plus revenir que quelques jours après je fis une incision qui donna issue à deux cuillerées à bouche de pus bien lié, épais, inodore, après quoi la guérison s'effectua en une douzaine de jours environ sans incident notable.

Interrogée sur l'origine et la marche de son abcès, Mme X... me donna les renseignements suivants : habitant en province une localité très saine, elle vint il y a dix mois voir sa fille à Paris et y contracta la fièvre typhoïde qui éclata au retour. La maladie évolua simplement mais lentement, et entraîna à sa suite une convalescence qui se prolongea trois mois, accusée seulement par la persistance de la faiblesse, mais sans autres troubles sérieux.

Vers la fin de cette convalescence, voulant un jour couper un pain long, elle en appuya l'extrémité sur sa poitrine et dans un mouvement brusque se heurta assez vivement au point même où se développa plus tard l'abcès. La douleur fut médiocre et se dissipa au bout de deux jours, mais elle reparut au bout d'un mois, plus marquée sans doute, mais constante et toujours réveillée par le toucher. Quelques semaines plus tard la tuméfaction apparut, profonde, mal limitée et confondue avec les os sous-jacents. Un médecin consulté prescrivit les frictions iodurées et l'iodure de potassium, sans succès bien entendu; la tumeur continua à faire des progrès jusqu'au moment où la patiente vint réclamer mes soins.

J'ai le regret de n'avoir pas fait faire l'examen bactériologique du pus de cet abcès pour savoir si l'on aurait trouvé le microbe pyogène. Mais en tout cas le fait n'en reste pas moins intéressant. On sait en effet que les abcès profonds péri-osseux et même sous-périostiques ne sont pas rares dans le cours de la fièvre typhoïde; mais je ne connais pas d'exemple d'abcès survenu après la cessation de la fièvre et dont la contusion ait été aussi nettement la cause déterminante.

Je dois à un de mes confrères, médecin distingué de Paris, une observation tout à fait comparable, à cette différence près que l'enfant atteint de l'abcès avait eu récemment la rougeole, dont il paraissait bien guéri.

Voici les notes prises sur son propre enfant par le confrère en question.

Obs. III. — *Phlegmon traumatique du cou consécutif à une contusion chez un enfant convalescent de la rougeole.*

Pierre J. de B... sept ans et demi; bonne constitution, grand et fort pour son âge. Pas de lymphatisme, pas de gourme pendant son enfance, s'est toujours bien porté précédemment.

Le 24 décembre 1883, revient à Paris après avoir passé tout l'été et l'automne à la campagne. Une sœur plus âgée de deux ans étant prise de diphthérie, l'enfant est envoyé le 3 janvier 1884 chez une tante, avenue de l'Observatoire, près de l'hospice des Enfants-Assistés.

Du 21 au 30 janvier, rougeole régulière avec coryza et bronchite de moyenne intensité.

En février, et jusqu'au 10 mars, l'enfant, bien que paraissant rétabli de la rougeole, n'a pas repris sa bonne mine habituelle. Cependant il mange bien et sort régulièrement chaque jour.

10 mars. — L'enfant a eu froid pendant sa sortie.

12 mars. — Le soir un peu de malaise et d'inappétence. Légère douleur dans l'angle des mâchoires qu'on attribue au refroidissement et à un léger mal de gorge. Les amygdales sont un peu rouges.

13 mars. — A midi, l'enfant en jouant, tombe par terre avec une petite chaise dans les bras. Le pied de la chaise heurte assez rudement la région sous-maxillaire droite, près du bord du sterno-mastoïdien. Douleur vive accusée par des cris. Le coup, néanmoins, ne paraît pas avoir été très violent; la peau n'est pas endommagée. Il n'y a pas d'ecchymose, mais simplement une rougeur de la largeur d'une pièce de cinquante centimes cerclée de blanc. Cette rougeur disparaît seule au bout d'une heure environ, aucune application n'ayant été faite.

Dans la journée l'enfant sort, mais il a très mauvaise mine. Le soir, au moment du dîner, malaise et léger frisson. Il mange cependant un peu. Léger gonflement de la région sous-maxillaire, mais pas de douleur, même au toucher. La nuit est assez bonne.

14 mars. — Fièvre. Le gonflement du côté droit du cou est très marqué; la fosse sous-maxillaire est effacée et la joue elle-même paraît légèrement tendue jusqu'à la bouche et l'œil; gêne de la déglutition, pas de douleur; pas d'élancements dans le cou. Deux sangsues à l'angle de la mâchoire. Sinapismes aux jambes. Pouls 104.

15 mars. — Fièvre continuelle, abattement. Le gonflement a considérablement augmenté. La peau est tendue, mais elle n'est ni chaude ni rouge. L'enfant ne se plaint pas du cou. Il peut à peine ouvrir la bouche et avaler, l'œil droit est fermé.

Cataplasmes arrosés d'eau blanche. Pouls 137.

16 mars. — Même état. Le gonflement s'étend jusqu'à l'épaule.

30 grammes de citrate de magnésie sans résultat. Pouls 140.

17 mars. — Le gonflement occupe à droite la tempe et l'œil, le nez, la bouche, dépasse la ligne médiane au cou, s'étend sur le sternum, l'épaule, et la nuque jusqu'à l'oreille gauche; la peau est tendue, mais elle n'est ni rouge ni douloureuse. L'ouverture de la bouche est presque impossible, la mastication très difficile, mais la déglutition se fait plus librement. On parvient à examiner la gorge, dont la paroi est rouge ainsi que l'amygdale droite qui est volumineuse, mais sans fausses membranes. Pouls à 130.

18 et 19 mars. — Même état. L'enfant mange deux œufs chaque jour et boit un peu de lait. Constipation.

20 mars. — Pouls à 125. Un peu de diminution dans le gonflement, surtout du côté de la face. Purgation le 21.

22 mars. — Diminution du gonflement, qui paraît se concentrer vers la région moyenne du cou, sur le bord du sterno-mastoïdien, en un point très dur, sans trace de fluctuation. Pouls à 120.

24 mars. — État général meilleur; mais les nuits sont très mauvaises; agitation; le moindre changement de position est douloureux. Chaque jour lavements à la glycérine, et le soir 1 gramme de bromure de potassium.

26 mars. — A peu près même état. La tumeur est nettement dessinée, mais sans fluctuation. M. Verneuil conseille de cesser les cataplasmes arrosés d'eau blanche et de recourir à la teinture d'iode.

27 mars. — L'application de la teinture a été très douloureuse, la peau est rouge, le pouls à 100 avant midi monte ensuite à 120. Nuit très mauvaise. — 2 grammes de bromure de potassium.

28 mars. — La rougeur s'accentue, l'empâtement qui entourait la tumeur a beaucoup diminué. Appli ation de coton iodé. — La tumeur a le volume d'une moitié de pomme et occupe le bord antétérieur du sterno-mastoïdien, un peu au-dessous de l'angle du maxillaire. Pas encore de fluctuation bien nettte.

29 mars. — Nuit très agitée. La tumeur tend à se porter sous *le menton* vers la partie médiane du cou. Pouls à 100 le matin, à 120 le soir.

30 mars. — Le lieu primitif du gonflement se dégage, la région latérale sous-maxillaire s'est dégonflée sensiblement, la tuméfaction s'est déplacée vers la partie droite du larynx. La mastication est plus facile, l'enfant plus gai a un peu d'appétit.

31 mars. — On continue les applications de coton iodé. La peau est jaune, et un peu irritée à la partie antérieure du cou et même à gauche. Pouls à 100 et 120; — l soir 125. Très mauvaise nuit.

1er avril. — Poussée inflammatoire du côté du cou. La peau de la poitrine est rouge et chaude dans toute la portion supérieure du sternum. Fluctuation manifeste, sur le côté droit du larynx.

2 avril. — A neuf heures M. Verneuil incise la tumeur; issue d'une forte cuillerée à bouche d'un pus jaune et inodore. Examiné au microscope (700 diamètres) le pus ne contient pas de microbes, on n'y voit que des globules et des débris de tissu conjonctif. Pansement phéniqué.

3 avril. — Nuit meilleure. — Pouls à 100. Appétit. Une petite poche se forme à 0m 04 au-dessous de l'incision.

4 avril. — Pouls à 100. Un peu de rougeur de la peau, une piqûre avec une lancette vide la petite poche.

5 avril. — Très peu de suppuration : à peine les linges du pansement phéniqué sont salis.

8 avril. — La petite piqûre est fermée, sur la grande incision un petit bourgeon se forme. On le cautérise au nitrate d'argent.

10 avril. — L'enfant se lève et mange avec appétit.

14 avril. — Plus de suppuration; l'incision est fermée. Il reste encore un peu d'induration autour de la cicatrice, et le dégonflement du tissu cellulaire des régions voisines n'est pas encore complet.

20 avril. La guérison est obtenue, l'enfant a repris toutes ses habitudes, le cou est normal. On ne remarque pas de faiblesse musculaire prononcée à la suite de la longue inaction des muscles du côté droit. Seul, le tissu cellulaire sous-cutané du côté malade a conservé un peu de dureté pendant près d'un mois.

Lorsque j'examinai cet enfant pour la première fois, étonné de voir une contusion de médiocre intensité chez un sujet d'apparence robuste produire une inflammation aussi considérable, je soupçonnai aussitôt l'existence d'une propathie infectieuse. J'interrogeai le père en ce sens; il se rappela la rougeole antérieure et se rattacha d'autant plus volontiers à mon hypothèse qu'il avait été lui-même fort surpris de la marche insolite des choses.

DE LA CONTUSION CHEZ LES TUBERCULEUX

Les abcès froids survenant chez des tuberculeux ont souvent une origine analogue aux précédents; il semble qu'alors la contusion comme chez certains syphilitiques, provoque la formation d'une gomme tuberculeuse qui évolue tantôt lentement, à la manière des gommes ordinaires, tantôt rapidement en s'accompagnant des phénomènes particuliers aux abcès chauds. Le cas suivant en est un exemple.

Obs. IV. — *Contusion légère chez un phthisique. — Suppuration au point contus.*

B..., trente-sept ans, entre à l'hôpital le 17 avril 1880 pour une contusion de la face interne de l'avant-bras datant de trois jours et résultant d'un choc contre un corps dur. La peau n'a point été

entamée et il ne s'est formé ni ecchymose ni bosse sanguine. Néanmoins une inflammation phlegmoneuse circonscrite assez vive s'est rapidement développée au point contus, accompagnée de malaise et de fièvre.

Le lendemain de l'entrée, un peu plus de quatre jours après l'accident, on constate l'existence d'une collection du volume d'une noix à laquelle on donne issue par une incision de 2 centimètres environ. Le soulagement local est prompt, mais la fièvre ne tombe pas et le malaise persiste; le thermomètre monte ce soir-là à 39° et atteint le lendemain soir 40 degrés.

L'examen de la poitrine nous fournit l'explication de ces symptômes. B... est phthisique : la semaine précédente, plusieurs jours avant la contusion de l'avant-bras, il a eu deux hémoptysies. La percussion et l'auscultation révèlent au sommet du poumon droit les signes non équivoques d'une tuberculose assez avancée; à gauche les lésions sont moindres. A la limite du lobe supérieur et du lobe moyen, à droite, on entend des râles sous-crépitants fins et un peu de souffle qui indiquent clairement l'existence d'une zone de pneumonie autour du foyer tuberculeux du sommet. Ainsi se trouve expliquée la fièvre intense et le cortège de symptômes dont l'abcès de l'avant-bras n'aurait pu rendre compte.

Cette pneumonie peu étendue d'ailleurs et traitée par les révulsifs, un purgatif et l'oxyde blanc d'antimoine, s'éteint peu à peu, de sorte qu'au bout de trois semaines B... se trouve à peu près dans l'état où il se trouvait avant sa contusion.

Ce fait est instructif à un double point de vue :

1° Il confirme cette règle en vertu de laquelle la suppuration rapide et inattendue d'un trauma insterstitiel sans gravité reconnaît presque toujours pour cause l'existence d'une maladie générale antérieure; puis cette autre règle que la scrofule et la tuberculose sont parmi les diverses panpathies celles qui favorisent le plus ces suppurations anormales;

2° Il montre également qu'un trauma quasi insignifiant intervenant au cours d'une affection viscérale en progrès (progrès indiqué ici par les hémoptysies récentes) peut activer la marche de cette affection et même l'aggraver sensiblement.

Les effets de la contusion ont été plus remarquables encore dans l'observation suivante.

Obs. V. — *Contusion chez une scrofuleuse. — Développement de manifestations tuberculeuses multiples.*

En 1882, au n° 1 de la salle Lisfranc, à l'hôpital de la Pitié, éta couchée X... jeune femme de vingt-quatre ans, pâle, chétive, maigr couverte des pieds à la tête de lésions scrofuleuses. Le cou e sillonné de cicatrices et de fistules ainsi que le sein droit et la par thoracique avoisinante. A l'avant-bras gauche on constate plusieu collections purulentes, surtout au niveau du cubitus; enfin le geno gauche est le siège d'une tuméfaction considérable offrant tous le caractères d'une ostéo-arthrite tuberculeuse grave. C'est pour cett dernière lésion que la malade entre à l'hôpital. L'intérêt de ce fa réside surtout dans la genèse des accidents.

Atteinte dans sa première enfance d'une bénigne éruption d'im pétigo, X... s'était bien portée jusqu'à l'âge de sept ans, lorsqu'ell reçut un coup violent sur la mâchoire inférieure. Un abcès se déve loppa au point contus, puis les ganglions lymphatiques du cou s'en flammèrent successivement, suppurèrent et devinrent fistuleux; pe à peu cependant la guérison s'effectua et l'adolescence s'écoula san dérangement notable de la santé.

X..., mariée à vingt ans, eut une première grossesse l'année sui vante; l'accouchement fut naturel; la mère n'allaita pas et se rétabli promptement. A vingt-trois ans, seconde grossesse et allaitemen pendant plusieurs mois; il en résulta un amaigrissement et un affaiblissement considérables; sans cause connue les cicatrices du co se rouvrirent et de nouvelles collections se formèrent. En mêm temps, la mamelle droite, à la suite d'une légère contusion, s'en flamma; dans la glande et dans ses alentours se formèrent plusieur abcès dont les ouvertures spontanées ou faites au bistouri priren aussitôt l'aspect des ulcérations tuberculeuses. Peu de temps aprè les manifestations se multiplièrent et c'est alors que l'avant-bras et le genou furent envahis à leur tour.

C'est dans cet état lamentable que X... entra à l'hôpital. Chose remarquable, avec les apparences d'une cachexie avancée, la sup puration abondante, les douleurs vives dans l'articulation tibio-fémorale, on constatait l'intégrité absolue des organes internes : poumon, intestin, foie, reins, tout était sain, au moins en apparence; il y avait seulement une fièvre vespérale assez prononcée et une diminution sensible de l'appétit.

La patiente réclamait l'amputation de la cuisse, que je ne crus pas

devoir faire dans une situation si lamentable, mais que je comptais bien pratiquer plus tard.

Un traitement local et général convenable fut institué ; des pansements antiseptiques modifièrent avantageusement les plaies et firent cesser la fièvre hectique. Un appareil ouaté immobilisant le genou calma aussitôt les douleurs, de sorte qu'au bout d'un mois l'amélioration était considérable. C'eût été le moment d'agir et d'amputer la cuisse, car la cessation des souffrances n'avait pas empêché l'ostéo-arthrite de s'aggraver sans cesse. Mais ce fut alors la malade qui refusa opiniâtrement. Une collection purulente énorme se forma dans la cuisse et s'ouvrit. La fièvre se ralluma, et au bout de deux longs mois, pendant lesquels l'existence était à peine explicable, X... succomba dans le marasme le plus prononcé. Les poumons continuèrent à être indemnes jusqu'au bout, ce qui fit regretter l'obstination avec laquelle l'amputation fut refusée [1].

L'influence provocatrice de la contusion apparaît ici de la façon la plus nette. D'abord, pour faire éclater les premières manifestations tuberculeuses locales chez une fillette qui n'avait d'autres antécédents qu'un peu d'impetigo survenu quelques années auparavant, puis pour faire naître une seconde série de lésions également spécifiques dans la mamelle, évidemment prédisposée à la suppuration par la sécrétion lactée, mais fort rebelle d'ordinaire à l'invasion tuberculeuse.

Ce qu'il importe de relever, c'est que les contusions n'ont pas seulement réveillé la diathèse et engendré des dépôts spécifiques aux points frappés, mais qu'elles semblent avoir provoqué la formation de foyers multiples occupant une étendue considérable, comme s'il s'était fait à partir des points contus une dispersion, une propagation des germes pathogènes.

C'est ainsi que la contusion de la mâchoire inférieure a fait naître de nombreux abcès au cou, et que la contusio ndu sein a été suivie à courte échéance, outre la formation d'abcès mammaires et périmammaires, de collections purulentes à l'avant-bras et d'une arthropathie grave du genou.

La migration microbique qui s'est faite de la région thoracique

1. L'intégrité des poumons en cas de tuberculisation externe, articulaire ou osseuse, est moins rare qu'on ne le pense ou du moins peut se prolonger pendant fort longtemps. J'ai fait pour le mal de Pott en particulier cette remarque, qui porte un nouveau coup à la loi trop absolue de Louis, et qui est de nature à faire reprendre courage aux chirurgiens trop enclins à abandonner le traitement des tuberculoses périphériques.

aux membres supérieurs et inférieurs aurait tout aussi bien pu sévir sur les viscères et faire éclater soit une granulie, soit une méningite; la chose paraît même si naturelle, que je ne puis en vérité comprendre pourquoi certains chirurgiens se refusent encore à admettre ces faits de dissémination tuberculeuse après les traumas accidentels ou chirurgicaux. Par bonheur, le nombre des praticiens réfractaires à ces idées si simples et si utiles diminue de jour en jour, au point qu'avant dix ans toute résistance aura cessé.

Obs. VI. — *Coxalgie guérie depuis quinze ans; chute sur le grand trochanter, retour de l'ostéo-arthrite; abcès, fistules et ulcères tuberculeux. Débridement, raclage des trajets, puis résection de la hanche. Insuccès opératoire; mort par lésions hépatiques et rénales et tuberculose généralisée commençante*[1].

B..., Gustave, trente et un ans, est admis à la Pitié le 6 février 1883 pour une affection de la hanche droite. Élevé en Bretagne, il donne peu de renseignements sur sa santé dans la première enfance et sur ses antécédents de famille. Il raconte seulement qu'il fut pris à douze ans d'une coxalgie grave qui dura trois ans et finit par guérir avec ankylose à angle droit.

Néanmoins, à la difformité près, le rétablissement fut complet, et le jeune homme devint actif et robuste.

Il commença à marcher avec deux béquilles, puis bientôt avec une seule. — A vingt ans, il était comptable dans un bureau de voitures publiques, à la campagne. Il était si alerte, que maintes fois, faisant l'office de cocher, il montait lestement sur l'impériale des voitures en se servant du membre ankylosé fléchi; et surtout de ses bras qui étaient fortement musclés.

A trente ans, par malheur, il fut projeté du haut de l'omnibus qu'il conduisait, et tomba précisément sur la hanche autrefois malade. Une inflammation vive se développa au lieu contusionné, s'accompagnant de douleurs intenses qui nécessitèrent le repos pendant plus d'un mois.

P., sorti de son lit, garda un endolorissement et une faiblesse du membre qui le forcèrent à reprendre le travail de bureau et les béquilles. Quelques mois se passèrent ainsi, pendant lesquels P. commit des abus de confiance qui le firent condamner à six mois de prison.

1. Observation rédigée d'après des notes recueillies par M. le Dr Nepveu.

Les conditions mauvaises de milieu et d'alimentation, jointes à un profond chagrin, exercèrent l'influence la plus fâcheuse sur les lésions de la hanche. L'inflammation consécutive à la contusion, qui persistait encore lors de l'arrestation, fit des progrès continus. La région se tuméfia et plusieurs abcès se formèrent, qui restèrent fistuleux.

A la sortie de prison, quinze mois environ après la chute sur le grand trochanter, B..., que j'avais vu souvent à la campagne, me demanda un lit à l'hôpital.

Il était en assez mauvais état, pâle, amaigri, fatigué par la suppuration; il était atteint de septicémie chronique traduite par l'anorexie et l'élévation vespérale de la température. Néanmoins les grands viscères ne paraissaient pas sérieusement atteints et rien surtout n'indiquait l'envahissement des poumons par la tuberculose. En revanche, les fistules de la région trochantérienne, avec leurs bords décollés et livides, avec l'enduit pultacé de leur fond, offraient les caractères types des ulcères scrofuleux. L'ostéo-arthrite coxo-fémorale était d'ailleurs très manifeste.

Pour parer à ces accidents, je débridai largement les fistules au thermo-cautère, grattai leur fond et ruginai superficiellement les os mis à nu. Un pansement antiseptique ouvert fut appliqué.

Le résultat fut d'abord satisfaisant. La fièvre cessa ainsi que la douleur; l'appétit revint, les plaies se détergèrent et la suppuration prit bon aspect, bien que restant trop abondante. L'amélioration ne se maintint pas longtemps; pendant que les plaies se fermaient superficiellement, des fusées, des décollements profonds faisaient renaître les accidents locaux et généraux. Après avoir vainement essayé le drainage et les injections de diverse [nature, je me décidai à pratiquer le 7 novembre la résection de la hanche.

J'enlevai avec le ciseau et le maillet le grand trochanter et le col du fémur avec la tête, soudée dans la cavité cotyloïde. Cette dernière fut soigneusement ruginée et cautérisée au thermo-cautère ainsi que les clapiers et les trajets fistuleux. L'opération fut faite très radicalement pour détruire toutes les surfaces suspectes d'infiltration tuberculeuse. Un pansement antiseptique ouvert fut soigneusement appliqué et fréquemment désinfecté à l'aide de la pulvérisation prolongée.

L'ébranlement opératoire fut très marqué. Le malade fut pris pendant dix jours d'hypothermie, de vomissements, et d'un hoquet très fatigant qui ne céda qu'à des pulvérisations d'éther faites à la région hypogastrique et renouvelées plusieurs fois par jour; néan-

moins une fois encore on put espérer le succès. En effet, la plaie de la résection se détergea et se couvrit de bourgeons de bonne apparence. Les fonctions digestives se rétablirent et la température se maintint assez bonne, le thermomètre oscillant entre 37°,5 et 38°,5. Malheureusement, en janvier, le tracé monta de quelques dixièmes; la cicatrisation, qui jusqu'alors avait progressé régulièrement, s'arrêta, et du pus se forma de nouveau à la périphérie de la plaie opératoire, dans les interstices musculaires de la fesse et de la cuisse. L'état général se détériorait parallèlement, et bien que les urines ne renfermassent ni albumine ni acide rosacique, on ne pouvait mettre en doute la stéatose avancée des reins et du foie.

En février, je débridai deux vastes collections qui s'étaient montrées dans la fosse iliaque externe et vers le sacrum et raclai superficiellement leur paroi. Il en résulta une hémorrhagie en nappe, profuse, difficile à réprimer, et qui jeta l'opéré dans un grand état d'affaiblissement. Les vomissements et le hoquet reparurent, empêchant pendant plusieurs jours toute alimentation.

En mars, de nouvelles lésions surgirent. Le membre opéré devint le siège d'un œdème total, qui après quelques jours envahit à son tour le membre sain, puis la paroi abdominale. Bientôt apparurent sur les deux membres œdématiés des taches ecchymotiques livides, confirmant encore l'origine hépatique de l'œdème. A la fin de mars, la suppuration devient bleue et reste telle pendant huit jours. Les vomissements et le hoquet reviennent et empêchent absolument toute alimentation.

Enfin le 19 avril le malade succombe, ayant conservé jusqu'au dernier jour toute son intelligence et l'intégrité apparente de l'appareil respiratoire.

Autopsie. — Ostéite étendue de l'os iliaque, avec végétations osseuses péri-cotyloïdiennes. Dégénérescence et infiltration purulente des muscles; fusées, clapiers, etc., ganglions iliaques et lombaires gros et caséeux.

L'examen des viscères était particulièrement intéressant. Nous trouvâmes le foie volumineux et entièrement stéatosé; les reins atteints de néphrite interstitielle très avancée avec plusieurs foyers tuberculeux. En revanche les poumons présentaient seulement au sommet quelques tubercules de petit volume assez rares et de date récente. A la surface de la rate et du péritoine, fines granulations grises.

Rien dans les méninges ni dans le cerveau.

Réflexions. — Les observations semblables à la précédente ne sont point rares et l'on n'y ferait guère attention si, au point de vue pathogénique, elles n'offraient pas un réel intérêt.

Voici une coxalgie de l'adolescence, assez médiocrement soignée en province, comme l'atteste sa durée et la difformité consécutive, et qui néanmoins guérit complétement en apparence, ne provoque pendant quinze ans aucun symptôme local ni général et n'empêche pas un développement musculaire très prononcé. Certes, on aurait pu penser que tout était pour toujours fini de ce côté. Mais un trauma survient. La région autrefois malade est contusionnée; aussitôt l'inflammation depuis si longtemps éteinte se rallume et, avec le concours des privations et de l'incarcération, sources de débilitation profonde, fait naître au point heurté des abcès, des fistules, des ulcères offrant tous les caractères objectifs des lésions tuberculeuses.

Comme, en l'état actuel de la science, on ne peut plus croire qu'un trauma banal ni même la misère la plus noire puissent à eux seuls engendrer une maladie infectieuse spécifique, force est d'admettre que ce trauma et cette misère ont non seulement rallumé un foyer morbide éteint, mais encore rendu manifeste une lésion tuberculeuse latente depuis quinze ans.

Une fois remise en culture, la graine microbique a poussé localement avec une rapidité, une abondance et une ténacité que n'ont pu vaincre deux opérations pourtant fort radicales; puis franchissant la zone de la région blessée, elle a fini par envahir l'économie toute entière en se généralisant aux reins, aux poumons, au péritoine.

Ici l'infection a bien évidemment marché de la périphérie au centre, ou, en d'autres termes, de la hanche aux viscères, contrairement à ce qu'on observe si souvent quand les lésions pulmonaires précèdent les localisations osseuses ou articulaires.

Ne voit-on pas encore inscrits en lettres majuscules, dans cette observation, le réveil et l'aggravation des propathies par le traumatisme accidentel ou opératoire, puis aussi l'insuffisance des opérations parcimonieuses et en particulier du raclage si vanté des trajets tuberculeux? C'est pourquoi je me repens, lorsque B... est venu réclamer mes soins, de n'avoir pas d'emblée pratiqué la résection de la hanche qui aurait peut-être supprimé complètement la source de l'infection.

TROIS CAS DE CONTUSION DE LA HANCHE, CHEZ DES SUJETS D MÊME AGE, PRÉSENTANT DES ÉTATS CONSTITUTIONNELS DIFFÉRENTS.

A l'automne de 1879, on pouvait voir à la fois dans mes sall trois malades prouvant d'une manière péremptoire combien les con séquences d'une même lésion peuvent varier suivant les prédisp sitions morbides des blessés. La démonstration était si convaincant que j'en fis l'objet d'une leçon toute entière.

Obs. VII. — *Chute sur le grand trochanter chez un phthisique a premier degré; développement rapide d'une coxo-tuberculos aiguë et d'une pneumo-tuberculose généralisée, entraînant l mort en moins de trois mois.*

T..., Alexandre, vingt et un ans, de haute taille, pâle, maigre e vivant dans des conditions déplorables d'hygiène et d'alimentation entre à la Pitié le 14 octobre, salle Saint-Louis, n° 48. Mère mort phthisique. Scrofuleux dès l'enfance et toussant depuis quelque mois, ayant eu déjà une hémoptysie, il a fait il y a dix jours un chute de cheval dans laquelle le choc porta principalement sur l grand trochanter. La douleur fut vive mais passagère, car T... put l surlendemain reprendre son travail. Mais bientôt les souffrance reparurent et rendirent la marche difficile.

Nous constatâmes alors les signes d'une simple contusion de l hanche que tout d'abord le repos et les résolutifs parurent soulager Rien à l'articulation elle-même. En même temps nous reconnûme aux deux sommets les indices d'une tuberculisation commençante Le 25, surviennent les signes d'une coxalgie à marche aiguë : flexio de la cuisse, abduction, rotation en dehors, abaissement du bassin douleurs vives au genou et à la hanche pendant la nuit, abolition d tous les mouvements. La pression directe sur le grand trochanter e de bas en haut sur la plante du pied est insupportable, ce qui indiqu nettement l'existence d'une ostéo-arthrite. Au lieu d'immobiliser l malade dans la gouttière de Bonnet ou d'appliquer un appareil immo bile ouaté et silicaté, j'essaie l'extension continue en faisant la contre extension dans le pli de l'aine à l'aide d'un gros tube de caoutchou bien garni pour que la pression ne soit pas douloureuse. En deu jours on arrive à corriger l'attitude vicieuse du membre et à calmer

presque complètement les douleurs. Malheureusement la pression, malgré toutes les précautions prises, est mal tolérée sur la face dorsale du pied et au pli génito-crural. En ce dernier point même le tube en caoutchouc provoque la formation d'une eschare linéaire superficielle qui fait renoncer à l'extension continue. On place alors le malade dans la gouttière de Bonnet; les douleurs, à la vérité très supportables, reparaissent dans l'articulation coxo-fémorale.

Tous ces essais avaient demandé quelques jours. Or, à partir de l'invasion des accidents aigus du côté de la hanche, et quoique le malade fût bien soigné, bien nourri et bien chaudement couché dans un bon lit, des symptômes se montrèrent également du côté de la poitrine, annonçant une poussée tuberculeuse vers les deux sommets ; la toux, la fièvre, l'inappétence complètent le tableau. La phthisie jusqu'alors douteuse, et qui n'avait pas occasionné au patient un seul jour de maladie réelle, marcha sans relâche depuis ce moment. Un peu moins de trois mois après la chute sur le grand trochanter, T... mourait dans l'état cachectique le plus avancé.

A l'autopsie, on trouva une infiltration tuberculeuse généralisée aux deux poumons, avec cavernes aux deux sommets.

L'articulation de la hanche n'était pas moins profondément désorganisée. Elle était pleine de pus et des fusées purulentes s'étendaient en diverses directions tout autour d'elle. La tête du fémur était à moitié détruite et la cavité cotyloïde agrandie en tous sens. Des fongosités abondantes, infiltrées de matière tuberculeuse, tapissaient les os et la face profonde de la capsule.

En résumé, une contusion de médiocre intensité portant sur le grand trochanter, et de là sur une articulation tout à fait saine, avait en moins d'un mois, et malgré un traitement général et local bien conduit, amené, chez un sujet à peine touché au poumon par la phthisie, une ostéo-arthrite tuberculeuse aiguë avec destruction osseuse, fongosités et suppuration d'une part, et de l'autre une infiltration tuberculeuse à marche rapide des deux poumons.

Nulle incertitude en ce cas sur la succession des phénomènes. La coxo-tuberculose, colonisation de la pneumo-tuberculose commençante, a été bien évidemment déterminée par la contusion articulaire, et le trauma périphérique a tout aussi clairement provoqué la prolifération bacillaire intense qui a détruit rapidement le parenchyme pulmonaire.

Obs. VIII. — *Chute sur le grand trochanter chez un jeune homme robuste et disposé au rhumatisme; coxalgie aiguë; guérison rapide.*

Garçon boucher de vingt-deux à vingt-trois ans, qui dans une chute de voiture était tombé sur le grand trochanter. La douleur avait été violente et la marche rendue aussitôt impossible. Le patient, croyant avoir la cuisse cassée, se fit transporter à la Pitié où il fut reçu dans les premiers jours de novembre.

Le lendemain, je trouvai les signes d'une contusion de la hanche sans fracture, c'est-à-dire l'allongement apparent du membre, la rotation en dehors de la pointe du pied, l'abolition de tous les mouvements due à la contracture des muscles pelvi-trochantériens, enfin, une sensibilité très vive à la pression sur le grand trochanter et au moindre essai de mouvement volontaire ou communiqué.

Le malade, au visage fortement coloré, était de constitution très vigoureuse et de structure athlétique; il ressentait assez fréquemment dans les jambes des douleurs, qu'il attribuait au froid du matin et de la nuit, auquel l'exposait sa profession. Bon vivant, buvant et mangeant d'une façon copieuse, c'était un type d'arthritique futur.

Le traitement fut dirigé en conséquence : immobilisation dans la gouttière de Bonnet après application de ventouses scarifiées nombreuses sur le pourtour du grand trochanter; boissons rafraîchissantes; régime léger; tisane diurétique avec le bicarbonate de soude, quelques doses de sulfate de quinine.

En une semaine, la douleur avait disparu et les mouvements revenaient peu à peu. La semaine suivante je permis la marche avec des béquilles et fis prendre quelques grands bains tièdes alcalins. Le blessé, très rassuré et très reconnaissant, demanda à rentrer chez lui pour achever sa convalescence déjà très avancée, promettant de revenir à la moindre rechute. Je lui ai recommandé la sobriété et toutes précautions contre le froid.

Obs. IX. — *Chute sur le grand trochanter chez une hystérique latente; contracture des muscles pelvi-trochantériens; déviation extrême de la hanche durant depuis neuf mois; anesthésie avec le chloroforme; redressement immédiat du membre; guérison en quelques jours.*

F..., Marie, seize ans, de taille moyenne et de vigoureuse constitu-

tion, entrée à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 26, le 5 novembre 1879. Elle habite la campagne comme domestique dans une maison bourgeoise où elle ne manque de rien. Elle n'accuse aucune maladie antérieure et affirme avoir toujours joui d'une excellente santé.

En janvier 1879, chute violente sur la hanche gauche. Douleur immédiate avec impotence absolue du membre. F... prend le lit. On reconnaît dans la région contusionnée un gonflement notable et de larges ecchymoses; bientôt la cuisse se porte fortement en dehors; accidents aigus pendant six semaines. Peu à peu, les douleurs se calment, mais le membre reste dans sa position anormale. On avait appliqué au lieu contus des remèdes variés, des rebouteurs même y avaient passé sans avoir rien obtenu ; c'est pourquoi de guerre lasse on m'avait amené la jeune fille.

A son entrée, nous constatons les particularités suivantes. Belle apparence de santé, fraîcheur, embonpoint, accomplissement régulier des grandes fonctions; les règles seules sont irrégulières et douloureuses. Marche impossible sans béquilles et même très pénible avec ces supports. La station debout se fait uniquement sur le membre droit. En effet, la cuisse gauche, portée à la fois dans l'extension complète, dans la rotation en dedans et dans l'abduction forcée, fait avec l'axe du corps un angle presque droit, de sorte que le pied est situé à plus de 0m,45 du sol. Quand le membre tend à redescendre, il se produit une scoliose dorso-lombaire très prononcée. Lorsque la malade est couchée, les deux membres se rapprochent et semblent parallèles, mais le bassin est extrêmement dévié, d'où il résulte un allongement apparent très notable du côté affecté. Les mouvements volontaires sont tout à fait impossibles et tout essai de mobilisation artificielle très mal supporté.

Jamais encore je n'avais vu pareille déformation, aussi hésitai-je un peu avant de porter le diagnostic. Cependant, ayant éliminé successivement l'idée d'une ancienne fracture et d'une luxation non réduite, ayant rejeté également l'hypothèse d'une coxalgie véritable, parce que la pression était indolente sur les os et fort pénible au contraire sur les muscles, surtout les fessiers et le carré des lombes, qui étaient durs et inextensibles, j'en conclus qu'il s'agissait d'une de ces contractures des muscles pelvi-trochantériens produisant l'affection dite coxalgie hystérique.

Ce diagnostic était appuyé par la constatation d'un point douloureux au niveau de l'ovaire droit, sur lequel la pression détermine une sensation d'étouffement, et de larges plaques d'anesthésie à la cuisse et à la jambe droites, au pharynx, et en diverses autres régions du

corps. Pour être fixé, le 11 novembre j'administrai le chloroforme. A peine la résolution obtenue, je pus, en une ou deux minutes, et sans grand effort, ramener à la position normale le membre devié depuis neuf mois. F... fut placée immédiatement dans la gouttière de Bonnet et soumise à l'action du bromure de potassium et des antispasmodiques. Injections de morphine au niveau de l'ovaire. Tout se passa si simplement, que je supprimai l'appareil au bout de quatre jours. A la fin de la semaine, la fillette marchait avec deux béquilles, puis avec deux cannes. Il existait alors une faiblesse presque égale des deux membres inférieurs, la malade ne pouvant se tenir sur l'un d'eux seulement; l'électricité provoquait cependant bien la contraction de tous les muscles, mais peut-être un peu moins rapide et énergique à droite qu'à gauche. Quelques jours plus tard, M... rentrait dans son pays complètement rétablie. J'ai eu de ses nouvelles à plusieurs reprises : la guérison ne s'est pas démentie.

On peut rapprocher de cette observation le cas suivant, également observé chez un jeune sujet qui pourtant ne paraissait rien moins que nerveux.

Obs. X. — *Contusion violente du coude. — Fausse ankylose par contracture permanente dans l'extension. — Chloroformisation : guérison immédiate.*

Louis M..., quinze ans, bien constitué et jouissant d'une excellente santé, entre dans mon service à la Pitié le 6 novembre 1879 pour une ankylose rectiligne du coude droit. Il a fait un mois auparavant une chute dans laquelle cette articulation fut violemment contusionnée : douleur vive, perte de connaissance. L'enfant est couché, le bras étendu, reposant sur un coussin pour éviter tout mouvement. Le lendemain les souffrances sont moins vives, mais le membre semble fixé dans l'extension par une résistance qui empêche tout mouvement de flexion. On ne fait aucun traitement actif et l'on se contente d'employer les applications résolutives et le repos sans appareil. Peu à peu le gonflement articulaire se dissipe et les douleurs disparaissent, mais la rigidité persiste et c'est pourquoi M... vient réclamer notre secours. Voici ce que nous constatons.

Avant-bras en extension forcée; abolition complète de la flexion volontaire ou provoquée dans l'articulation huméro-cubitale; conservation des mouvements de pronation et de supination; indolence aux explorations; l'absence de gonflement permet de reconnaître en arrière et sur les côtés l'olécrâne, l'épicondyle et l'épitrochlée dans

leurs rapports normaux, ce qui exclut toute idée de luxation. En revanche, je trouve à la partie antéro-interne de l'articulation une saillie dure, du volume d'une petite noix, aplatie, immobile, appliquée audevant de l'interligne articulaire au niveau de la trochlée.

J'hésite sur la nature de cette saillie, ignorant s'il s'agit de ce gonflement circonscrit qu'on rencontre si souvent en ce point même à la suite des entorses, contusions et luxations du coude, ou d'une saillie osseuse provenant du cal d'une fracture de la trochlée ou de l'apophyse coronoïde survenue au moment de l'accident et actuellement consolidée.

Je me rattache à cette dernière supposition après quelques jours de compression qui n'ont pas diminué le volume de la saillie en question. Quoi qu'il en soit, le membre en extension n'étant presque d'aucune utilité, je me propose de faire à l'aide du chloroforme une exploration, puis de métamorphoser l'ankylose rectiligne en ankylose angulaire, soit en rompant les adhérences, soit en brisant le cal, soit même en fracturant l'olécrâne comme je l'ai fait plusieurs fois avec succès.

Le 17 novembre, le chloroforme étant administré et la résolution obtenue, je me mets en devoir de fléchir de vive force l'avant-bras [1]. Alors ma surprise est grande en produisant cette flexion sans effort et en percevant tout au plus la sensation que donne la rupture de quelques brides fibreuses. Le jeu de l'articulation étant instantanément rétabli dans son étendue, j'entoure la jointure d'une couche d'ouate et d'une bande de flanelle et fais porter simplement le bras en écharpe.

Deux jours après la contracture ne s'étant pas reproduite et toute douleur faisant défaut, je laisse le membre en liberté.

L'enfant sort complètement guéri le 29 novembre.

Ces contractures, suite de contusion articulaire, sont très importantes à connaître, car elles engendrent la fausse ankylose et d'une manière générale des attitudes vicieuses, le plus souvent faciles à guérir par l'anesthésie et les manipulations brusques. C'est pourquoi, lorsque les causes anatomiques de l'ankylose ne me semblent pas évidentes, je propose toujours de différer le diagnostic jusqu'à exploration avec le chloroforme et tentative de mobilisation forcée.

1. La saillie dure provenait probablement d'une fracture par arrachement du sommet de l'apophyse coronoïde ou d'une déchirure du tendon du brachial antérieur, car elle suivait toujours l'avant-bras dans les mouvements communiqués après l'anesthésie.

DE LA CONTUSION COMME CAUSE DÉTERMINANTE DES NÉOPLASMES

On sait combien a été discuté le rôle de la contusion dans le développement du cancer et des tumeurs en général. Pour ma part, j'ai toujours admis cette cause, aussi bien pour les pseudoplasmes de mauvaise nature que pour les productions les plus bénignes : lipomes, kystes, carcinomes, etc.

Pour fixer définitivement la science et convaincre les dissidents sur un point d'étiologie qui me paraissait d'une grande importance théorique, j'avais confié à un de mes meilleurs internes, M. Le Clerc, le soin de présenter l'état actuel de nos connaissances en résumant les très nombreux faits épars dans les recueils. Mon disciple accumula des matériaux considérables, comme l'atteste l'index bibliographique annexé à sa thèse; malheureusement, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, il fut obligé de terminer à la hâte son travail, qui est déjà fort intéressant, mais qui aurait pu l'être bien davantage encore. C'est une question à reprendre, non pour démontrer que les contusions peuvent engendrer les néoplasmes, car c'est chose avérée, mais pour expliquer la chose et pour la faire servir à éclairer les origines si obscures encore de la néoplasie.

Voici du reste les conclusions de la thèse susdite [1] :

1° La contusion a un rôle indéniable dans l'étiologie des néoplasmes ;

2° Elle agit en exagérant au sein des tissus le travail réparateur et en créant dans les parties vulnérées un *locus minoris resistentiæ*;

3° Elle n'est toutefois qu'une cause localisatrice ; elle ne peut produire par elle-même un néoplasme et pour le faire elle a besoin d'une diathèse que nous appellerons néoplasique, diathèse secondaire, dépendant de l'arthritisme.

J'ai communiqué à M. Le Clerc plusieurs observations fort concluantes. J'en rencontre tous les jours dans ma pratique. En voici une que je crois devoir citer comme preuve de l'action provocatrice du traumatisme, qui a fait naître prématurément au lieu de son application une tumeur qui sans doute n'aurait paru spontanément qu'un ou deux ans plus tard.

1 *Contusion et néoplasmes. De la prédisposition aux tumeurs.* Th. de Paris, 1883.

OBS. XI. — *Adénome polykystique des deux seins développé d'un côté à la suite d'une contusion et vingt mois plus tard de l'autre côté spontanément.*

Pauline P..., cinquante-deux ans, ménagère, petite taille, assez grasse, ayant toujours joui d'une santé parfaite, entre à l'hôpital de la Pitié le 26 octobre 1878, pour une double tumeur des mamelles. Elle raconte ainsi les origines de son mal.

En 1876, quelques semaines avant la cessation des règles, elle se heurta le sein droit de la manière suivante : elle cassait une branche de bois sur son genou, la branche céda brusquement sous l'effort, et l'extrémité libre d'un des fragments vint frapper violemment la mamelle à sa partie supérieure; douleur vive, ecchymose manifeste, puis tout disparut. Un mois plus tard, apparaissait exactement au point frappé un noyau induré qui, bien que marchant sans douleur, n'a jamais cessé depuis de s'accroître, au point que l'induration occupe aujourd'hui la glande tout entière sous forme de nodosités multiples conglomérées, qui toutefois n'en augmentent pas le volume, n'en changent pas la forme, n'adhèrent point à la peau et n'en modifient ni la structure ni la couleur.

On trouve dans l'aisselle des ganglions engorgés, qu'un cordon lymphatique très appréciable relie à la tumeur. Celle-ci est sensible à la pression et devient souvent le siège de douleurs lancinantes assez vives.

Le sein gauche est également envahi par la même lésion, moins avancée à la vérité; les nodosités y ont paru il y a quatre mois seulement, sans la moindre cause appréciable. Le mal offre exactement les mêmes caractères que du côté droit et provoque les mêmes douleurs; il présente seulement une marche un peu plus rapide.

Je diagnostique un adénome polykystique des mamelles, affection ordinairement bilatérale, comme Reclus l'a si bien démontré; elle a d'abord paru à droite, au point contus; elle aurait sans doute attaqué le sein gauche le premier si le choc avait porté sur lui.

DES VOMISSEMENTS OPINIATRES

APRÈS LES

OPÉRATIONS CHIRURGICALES[1]

Cet accident qui, sans être très grave, incommode beaucoup les opérés, n'a pas été suffisamment étudié jusqu'ici, bien qu'il ne soit pas fort rare. Les anciens chirurgiens n'en parlent guère et les modernes l'attribuent au chloroforme, surtout lorsqu'il est impur.

Je crois cette opinion inexacte et l'explication insuffisante ; je ne nie point que les anesthésiques puissent provoquer les vomissements réitérés, mais je pense qu'ils n'agissent qu'à titre d'agents excitants et lorsqu'il existe une prédisposition.

Avant de rechercher de quelle nature est cette dernière, il faut d'abord établir une distinction entre les variétés de vomissements opératoires.

A) Certains sujets ayant mangé malgré les recommandations rejettent les aliments pendant la chloroformisation elle-même.

B) D'autres, tout à fait à jeun, rendent pendant ou après la chloroformisation de la salive sécrétée en grande abondance et accumulée dans le pharynx, l'œsophage et même l'estomac. D'abord

1. Extrait des *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1878, p. 550. — En écrivant cette note, j'ai voulu non seulement appeler l'attention sur une complication intéressante du traumatisme, mais montrer encore le rôle que jouent les propathies dans la genèse des symptômes pathologiques contingents. En recherchant à l'aide des mêmes principes la pathogénie de chacun de ces symptômes, on arrivera à expliquer et souvent à prévoir tout ce qui peut se présenter d'anormal et d'insolite à la suite des blessures accidentelles ou chirurgicales. — A. V. 1886.

ure, cette salive peut être ensuite mêlée de sécrétions stomacales t de bile.

Dans ces deux premiers cas, qu'il suffit de signaler brièvement, les vomissements sont passagers et cessent d'eux-mêmes, laissant tout au plus à leur suite un peu de malaise gastrique.

C) Quelques opérations sur la cavité ou les parois de l'abdomen sont accompagnées ou suivies, à des époques variables, de vomissements rebelles imputables le plus souvent à une péritonite qui les explique sans peine et à la marche de laquelle ils sont du reste liés.

D) Enfin dans une dernière catégorie que je veux particulièrement étudier dans cette note, les vomissements commencent peu de temps après l'opération, se répètent et se prolongent deux ou trois jours sinon davantage, et pendant cette période empêchent plus ou moins complètement l'absorption des boissons et des aliments ingérés.

La moindre réflexion indique pour des cas aussi variés des causes différentes, et pourtant, faute d'attention sans doute, c'est toujours *le chloroforme* qu'on accuse. Passe encore pour les vomissements passagers. Les vapeurs chloroformiques excitent assez vivement, il est vrai, la muqueuse bucco-pharyngienne pour pouvoir provoquer la *nausée*, et augmentent assez notablement les sécrétions muco-salivaires pour amener un encombrement de liquide nécessitant à son tour des efforts d'expulsion. Mais, outre que ces actions sont loin d'être constantes, leur cause ne saurait être invoquée dans les cas de vomissements persistants.

On peut d'ailleurs opposer à cette hypothèse bien d'autres arguments. Si le chloroforme avait la propriété qu'on lui prête, les vomissements rebelles devraient être fréquents, tandis qu'ils sont assez rares. Or, ayant relevé les cas soumis à mon observation dans ces derniers temps, je compte annuellement à peu près trois ou quatre exemples sur un nombre plus que centuple d'anesthésies. Mais, dit-on, c'est le chloroforme impur. A cela je réponds : 1° que l'éther (je tiens ce détail d'un chirurgien lyonnais) provoque peut-être plus souvent encore que le chloroforme les vomissements susdits; 2° que j'ai employé maintes fois du chloroforme qui ne me paraissait pas de première qualité et qui, cependant, n'a pas plus fait que les autres naître les vomissements rebelles; 3° qu'enfin dans un cas, que je rapporterai plus loin avec quelques détails, c'est précisément après l'emploi d'un chloroforme d'une extrême pureté que j'ai observé des vomissements opiniâtres pendant près de cinq jours.

Les vétérans actuels de la chirurgie pourraient nous renseigner sur cette action spéciale des anesthésiques s'ils nous disaient que les vomissements opératoires ont notablement augmenté depuis les inhalations d'éther ou de chloroforme; mais peut-être leur attention n'a-t-elle pas été fixée sur ce point. J'ai, pour ma part, assisté aux deux procédés, car pendant mon internat j'ai vu faire les opérations sans anesthésie, mais depuis trente ans la pratique contraire a bien obscurci mes souvenirs. Toutefois jadis on redoutait déjà les vomissements primitifs, car on mettait les malades à la diète le matin de l'opération et en ce temps comme au nôtre on voyait les blessures accidentelles, plaies, fractures, luxations, etc., troubler la digestion commencée et amener des vomissements ou des selles liquides. J'ai vu çà et là, dans la lecture d'observations anciennes, les vomissements signalés; les ophthalmologistes entre autres en parlent à propos de l'opération de la cataracte et des plaies de l'iris. Moi-même j'ai vu de ces vomissements rebelles chez des sujets n'ayant pas été endormis. Donc le chloroforme et l'éther ne sont pas les agents uniques de cet accident et, comme je le disais en commençant, si par hasard ils le favorisent en apparence, c'est chez les sujets en état d'idiosyncrasie.

En prononçant ce mot commode, mais qui ne vaut quelque chose que lorsqu'il est traduit en langage anatomo-pathologique, je ne veux nullement me soustraire à l'obligation de faire cette traduction, je désire au contraire dire en quoi consiste la prédisposition ou l'idiosyncrasie des opérés affectés de vomissements prolongés.

Quelques-uns penseront sans doute que je prends bien de la peine pour peu de chose, puisque de mon propre aveu l'accident en question est relativement rare et assez peu grave en lui-même; mais j'espère qu'on suivra sans impatience les développements dans lesquels je vais entrer : parce que tout accident capable de déranger, d'entraver, de retarder le processus curatif est digne, si exceptionnel qu'il soit, d'attirer l'attention des chirurgiens; — parce qu'en substituant à une hypothèse inexacte et stérile une interprétation vraie, j'ai chance de prévoir, de prévenir et de combattre la complication; — parce qu'enfin on ne saurait regretter le temps qu'on emploie à creuser l'étiologie et la pathogénie, ces deux districts si pauvres encore de la pathologie

En attendant que je cite les observations, je vais donner un aperçu des allures et des inconvénients du phénomène en question.

Les vomissements peuvent commencer pendant ou immédiatement après l'opération et se continuer dans la suite; d'autres fois

ils débutent dans l'après-midi ou dans la soirée; ils sont plus ou moins rapprochés, tantôt suivant de près l'ingestion des boissons, auquel cas ils sont peu abondants, tantôt retardés presque jusqu'à plénitude de l'estomac qui semble se débarrasser en bloc de son contenu. D'ordinaire il y a dans les vingt-quatre heures trois ou quatre accès plus ou moins prolongés ou au contraire une série continue de nausées et de vomissements. Parfois, après un malaise préalable, l'évacuation a lieu et le malade est tranquille pendant quelques heures, mais le contraire s'observe également et l'on voit s'établir un véritable embarras gastrique avec tout son cortège symptomatique, y compris l'élévation de la température et l'accélération du pouls.

Les substances vomies sont variables : d'abord les matières ingérées, puis des mucosités filantes semblables à la salive et souvent mélangées de bile quand les efforts sont violents; d'autres fois les vomissements sont fortement acides. Dans ces cas encore, le pouvoir sélectif de l'estomac s'exerce; une partie des matières ingérées est rejetée, l'autre gardée. Certains sujets, malgré tout, acceptent les boissons et les aliments; d'autres au contraire refusent absolument jusqu'à la tisane, n'étant tranquilles que lorsque l'estomac est tout à fait vide. En ce cas ils souffrent réellement de la soif, non de la faim, car la simple vue des aliments solides leur cause une grande répugnance.

Quand cet état ne dure que pendant le premier jour, il n'entraîne pas de conséquences sérieuses, mais quand il se prolonge, il jette les opérés dans un état fâcheux de malaise, de fatigue et d'inquiétude. Puis il y a des inconvénients secondaires plus rares, mais également assez fâcheux; les vomissements nuisent au repos général et à l'immobilité de la région opérée. Les appareils se dérangent facilement. Je signale surtout un suintement sanguin à la surface des plaies, né sous l'influence de l'effort et imbibant les pièces de pansement.

Plusieurs de mes opérés sont morts, mais les vomissements n'ont joué, je pense, aucun rôle direct dans la terminaison fatale. D'autres lésions suffisamment graves ont été constatées à l'autopsie; nous les signalons plus loin.

Cependant j'ai cru perdre par une sorte d'inanition deux opérées : l'une après une ablation du sein, l'autre après une amputation de la jambe; au sixième jour chez la première, au septième chez la seconde, je n'avais pas encore pu faire absorber le moindre aliment réparateur. Enfin le rétablissement a eu lieu à la longue.

Abordons maintenant l'étiologie. J'ai longtemps vu ces cas sans

en deviner les causes, et, comme les autres, j'ai cru à l'action du chloroforme. J'avais pourtant remarqué que les alcooliques étaient plus exposés aux vomissements post-opératoires et à l'état gastrique concomitant.

Lorsque je me mis à étudier le traumatisme chez des sujets atteints d'altérations hépatiques, j'observai de nouveaux cas de vomissements rebelles. On trouvera des indices de ces constatations dans les thèses de deux de mes meilleurs élèves, MM. Péronne et Longuet.

Mais je n'ai réellement trouvé la clef du phénomène que lorsque mes recherches ont été éclairées par une des lois les plus importantes, les plus vraies et les plus simples de la traumatologie, loi que je demande la permission de rappeler.

Sans parler des phénomènes variés qu'il engendre au lieu frappé, le trauma peut provoquer à distance, dans des organes isolés, et même dans l'organisme tout entier, les troubles fonctionnels et les actes morbides les plus divers.

Cette diversité, en vertu de laquelle les mêmes blessures retentissent très différemment suivant les individus, n'a point été expliquée, sinon par une idiosyncrasie dont on s'est dispensé d'indiquer la nature et qui reste le plus souvent à l'état d'énigme.

Le problème pourtant n'est pas difficile à résoudre; l'idiosyncrasie n'est simplement qu'un état pathologique antérieur, latent ou patent, ayant pour siège ignoré ou connu l'organe, l'appareil, le système dans lequel éclate le trouble à distance : organe, appareil ou système taré qui, sous l'influence excitatrice du traumatisme, joue le rôle de *locus minoris resistentiæ* et souffre comme il a déjà souffert ou comme il est destiné à souffrir dans la suite.

De là deux conséquences : 1° lorsqu'après une blessure, on voit éclater des désordres imprévus dans un point distant n'ayant avec le foyer traumatique aucune relation anatomique directe, on peut être à peu près certain de l'existence dans ce point d'un état pathologique antérieur; 2° réciproquement, lorsqu'avant une blessure ou une opération on connaît un point taré dans l'économie, il faut toujours s'attendre à y voir éclater par le fait du traumatisme des troubles en rapport avec la nature da la tare.

Mes observations confirment *a posteriori* les propositions précédentes, car, à plusieurs reprises, j'ai pu prévoir à l'avance les vomissements opiniâtres, comme l'attestent les faits suivants.

Obs. I. — Une dame de province vint me consulter l'année dernière pour une petite tumeur au sein droit dont je crus devoir recommander l'ablation. Il n'y avait pas d'autre complication qu'un état dyspeptique très prononcé et de date fort ancienne. Sur la demande du médecin ordinaire, j'apportai du chloroforme de première qualité pris chez MM. Rousseau frères. La chloroformisation fut un peu laborieuse, mais n'amena pas de vomissements immédiats.

Lorsque je fus sur le point de partir, j'annonçai aux praticiens distingués qui devaient donner leurs soins à l'opérée, que sans doute la dyspepsie renlarait, qu'elle amènerait pendant plusieurs jours des troubles digestifs et en particulier des vomissements.

En faisant devant mes confrères mes adieux à la patiente, je lui promis naturellement la guérison sans accidents, mais je l'avertis qu'en raison de son mauvais estomac elle aurait probablement quelques vomissements.

Elle me répondit qu'elle s'y attendait, parce qu'ayant été enceinte douze ans auparavant, elle avait eu les vomissements incoercibles de la grossesse et qu'atteinte de la scarlatine quelques années plus tard, elle avait continuellement vomi pendant toute la durée de la maladie. Chez cette malade le chloroforme et le traumatisme trouvaient la prédisposition bien évidente dans l'état des voies digestives.

La guérison eut lieu sans autre incident qu'une série de vomissements rebelles qui se prolongea jusqu'au cinquième jour.

Obs. II. — ***Tumeur fibro-plastique de la cuisse. — Dyspepsie antérieure. — Vomissements répétés à la suite d'une ponction. — Plus tard, extirpation de la tumeur. — Retour des vomissements. — Guérison.***

Léontine A..., trente-trois ans, venue de la campagne, entre dans mon service le 10 avril 1878 pour une tumeur largement ulcérée de la cuisse gauche, dont le début remonte à neuf ans, mais qui a, depuis deux années, fait de tels progrès qu'elle atteint le volume de la tête d'un adulte ; elle siège en arrière de la cuisse dont elle occupe plus de la moitié postérieure.

L... est brune, de haute taille, bien constituée, de belle apparence ; elle n'a jamais fait de maladie grave, elle a eu cependant des douleurs rhumatismales à diverses reprises et des éruptions herpétiques assez fréquentes, qui toutefois ne se sont pas renouvelées

depuis deux ans, c'est-à-dire depuis l'époque où la tumeur a fa des progrès rapides. De plus, les digestions sont souvent difficiles le moindre écart de régime amenant pendant deux ou trois jours de vomissements qui surviennent même presque toujours au momer des règles.

Lorsque la tumeur se développa, elle parut fluctuante, aussi l médecin ordinaire fit avec un trocart et *sans chloroforme*, bie entendu, une ponction exploratrice. Cette légère opération fu suivie de vomissements qui se prolongèrent pendant huit jours.

Avec de tels antécédents, il n'était pas malaisé de prévoir qu'un grande opération réveillerait la disposition morbide. C'est ce qu eut lieu en effet.

L'extirpation de la tumeur fut faite le 1er mai sans grande difficult et sans perte considérable de sang. Pansement antiseptique ouvert

Immédiatement après le réveil les vomissements commencent, il se renouvellent dans le cours de la journée. Comme ils amènent l prostration, la pâleur du visage et la petitesse du pouls, on donn du vin, du bouillon, et une potion cordiale. Tout est *rejeté* Quelques cuillerées de vin de Bagnols sont seules conservées. La nuit les vomissements continuent. La température est montée le soi à 39°.

2 mai. — J'ordonne la glace et la pepsine, puis du bouillon e même des aliments si l'estomac les tolère. La journée est asse tranquille. Il y a un peu de fièvre (39°,4 le soir) mais pas de vomis sements. Ceux-ci reprennent pendant toute la nuit et fatiguen beaucoup l'opérée.

3 et 4 mai. — On continue la glace et la pepsine, la fièvre tomb presque complètement; l'appétit revient franchement; des potages des côtelettes, l'eau rougie sont très bien tolérés.

5 mai. — L'intolérance gastrique reparaît; rien n'est supporté c jour-là; la malade se plaint de gastralgie et d'entéralgie assez vive avec ballonnement du ventre. Il n'y a cependant pas de fièvre, et l plaie a bel aspect. Onction avec l'huile de camomille camphrée su le ventre qu'on entoure d'une bonne couche d'ouate.

6 mai. — Les douleurs abdominales ont cessé, mais le malais gastrique et les vomissements persistent; température du soir 38°,(Comme il n'y a pas eu de selle depuis l'opération, malgré l'admini tration de lavements, on ordonne un purgatif qui n'est pris que l 7 au matin. Pendant toute la journée la malade vomit et le soir o note 39 degrés.

8 mai. — Pendant la nuit ont lieu d'abondantes évacuatio

alvines; c'est le signal d'une amélioration générale; la fièvre, les vomissements cessent complètement, et la cicatrisation marche désormais sans encombre.

Cependant dans les derniers jours de mai les règles reviennent, un peu en retard. Pendant quarante-huit heures les vomissements reparaissent avec quelques douleurs spontanées et une sensibilité manifeste au niveau des ovaires.

La fièvre qui s'est montrée dans les deux premiers jours est née peut-être sous l'influence d'une inoculation de matière septique pendant l'opération, car la tumeur était largement ulcérée et exhalait une odeur fétide. Dans le cas suivant néanmoins il n'existait rien de semblable et pourtant il y eut une fièvre assez marquée à laquelle nous ne devions pas nous attendre avec une plaie fort simple et pansée antiseptiquement. L'état gastrique démontré par la fétidité de l'haleine, l'enduit de la langue, la soif, l'inappétence, me semble ici responsable d'une fièvre saburrale et non pas traumatique.

OBS. III. — *Squirrhe du sein de petit volume chez une dyspeptique. — Opération très simple. — Pansement antiseptique ouvert. — Vomissements opiniâtres; mouvement fébrile.*

Eugénie M..., domestique, quarante-huit ans, venant de la province, entre dans mon service le 28 juin 1878, pour une tumeur au sein droit.

Cette femme est de petite taille, mais bien bâtie et de solide apparence; elle a eu néanmoins plusieurs attaques de rhumatisme et surtout de dyspepsie. Les digestions sont longues, fatigantes, et parfois douloureuses. Certains aliments et surtout les fruits sont rarement tolérés. Au commencement de l'année il y a eu une crise qui a duré deux mois et pendant laquelle les vomissements ont été presque continuels. Aujourd'hui ces désordres sont passés et l'état général est satisfaisant.

La tumeur a débuté il y a trois ans et s'est accrue avec beucoup de lenteur; son volume ne dépasse pas celui d'une grosse noix, elle a les caractères du squirrhe atrophique. Les ganglions axillaires ne sont point indurés. L'année dernière j'avais refusé d'opérer, mais depuis sont survenues des douleurs extrêmement vives, de sorte que, cédant aux instances de la malade, je pratique le 1er juillet une opération qui d'ailleurs est d'une extrême simplicité. Le chloroforme est bien supporté.

La perte de substance assez large est tout à fait superficielle. Pansement antiseptique ouvert.

Deux heures après l'opération, les vomissements commencent et continuent sans relâche; la malade en compte dix jusqu'au lendemain matin. Le sommeil est impossible et pourtant la fatigue est extrême; le vin, le bouillon, la tisane, la glace, tout est rejeté.

Lorsque l'opérée ne prend plus rien, elle rend des matières glaireuses, à la longue teintes en vert par de la bile.

2 juillet. — Haleine fétide, langue sale, soif vive, inappétence complète. Température 38° le matin, 39° le soir.

On prescrit du lait glacé et de la pepsine; mais les vomissements persistent toute la journée et une partie de la nuit suivante, aussi l'opérée préfère ne rien prendre.

3 juillet. — Lassitude, faiblesse, même état gastrique, ballonnement du ventre; mouvement fébrile manifeste; 38°, 6 le matin, 39°, 4 le soir. Comme il n'y a pas eu de selle depuis l'opération, un lavement purgatif est administré et provoque quelques évacuations. Les vomissements diminuent de fréquence et de quantité; la malade refuse toujours les aliments. La plaie néanmoins n'a pas mauvais aspect; elle commence à se déterger et n'est le siège d'aucune douleur.

La fièvre paraît évidemment sous l'influence de l'état gastrique: le lendemain 4, à la suite de nouvelles évacuations alvines, le malaise tend à disparaître; plusieurs petits potages sont pris et conservés.

A partir de ce jour la guérison suit sa marche naturelle, la fièvre tombe, la cicatrisation s'effectue, et sauf quelques difficultés dans la digestion, tout se passe comme dans les cas ordinaires.

J'ai pu prévoir encore les vomissements opiniâtres dans un cas où l'appareil urinaire altéré depuis longtemps était le point de départ d'accidents gastriques répétés et intenses.

Obs. IV. — Il s'agissait d'une malheureuse femme atteinte d'un fistule vésico-vaginale large et comprenant sur ses bords les orifices rétrécis des uretères. Cette dernière lésion, très prononcée d'un côté déterminait de temps à autre des accès de rétention rénale et de néphrite avec frissons, fièvre, vomissements, douleur vive à la région lombaire, albuminurie, etc.

Je crus devoir faire une tentative pour remédier au rétrécissement de l'orifice de l'uretère et faire cesser au moins les phénomènes de rétention et de néphrite. Pour cela je réséquai le bord libre de fistule, au point où s'abouchait l'uretère, espérant ainsi retranch

le bout terminal et rétréci de ce conduit. L'essai fut couronné de succès en cela que la fièvre, les frissons, la douleur lombaire disparurent; seuls les vomissements survinrent et persistèrent pendant quatre ou cinq jours avec une extrême ténacité. On n'en triompha que par l'application de ventouses très superficiellement scarifiées au niveau des reins et surtout du plus malade des deux.

La malade ayant succombé plus tard, l'autopsie vérifia mes suppositions sur l'état anatomique des reins [1].

Je viens de citer les faits dans lesquels j'avais pu prévoir à l'avance les vomissements d'après le mauvais état connu de certains viscères et d'après l'existence antérieure de la dyspepsie; mais je n'ai peut-être pas encore signalé tous les états morbides prédisposant à la complication susdite. On me parlait dernièrement d'une hystérique qui avait été atteinte de vomissements opiniâtres après une opération. Je fais d'autant moins de difficultés à admettre cette prédisposition que j'en ai eu sous les yeux un bel exemple [2].

Obs. V. — Une fille de vingt-cinq ans, maigre, pâle, dyspeptique, à caractère fantasque, presque aliénée, présentait au plus haut degré tous les troubles propres à l'hystérie. Je lui fis une première fois, pour une ostéite des os du pied, une sorte de résection. Cette opération donna lieu à des troubles nerveux excessifs, cris continuels, vomissements opiniâtres, agitation incessante, insomnie, le tout sans fièvre. Ces symptômes durèrent trois ou quatre jours pendant lesquels l'opérée ne put prendre aucun aliment solide, mais seulement un peu de bouillon, de glace et de tisane ; puis tout se calma progressivement.

Une seconde opération devenant nécessaire, la désarticulation tibio-tarsienne fut pratiquée six semaines après. Les phénomènes nerveux se renouvelèrent avec la même intensité et sous les mêmes formes.

Dix mois après, il fallut amputer la jambe et nous vîmes encore reparaître les vomissements pendant plusieurs jours.

Dans l'intervalle des opérations cette malade se plaignait sans cesse du régime et réclamait chaque jour quelque aliment nouveau qu'elle refusait le lendemain.

1. Cette observation a été publiée *in extenso* par un de mes élèves, M. Bonnet, qui a fait en 1879 sa thèse sur les lésions des uretères et des reins consécutives aux fistules vésico-vaginales.

2. Déjà publié (*Série de vingt-sept grandes amputations*, obs. X. — Voir *Mém. de chir.*, t. II, p. 113).

Plus d'une fois, j'ai été conduit par les vomissements post-opératoires rebelles à reconnaître des lésions viscérales que je n'avais nullement soupçonnées à l'avance. L'autopsie m'a d'ailleurs montré directement ces lésions dans les cas suivants, qui ont été publiés dans un autre but et dont je prendrai seulement des extraits.

Obs. VI. — *Désarticulation de la hanche; vomissements opiniâtres; stéatose du foie et des reins*[1].

Une femme de forte constitution, atteinte de tumeur fibro-plastique de la cuisse, fut opérée une première fois en janvier 1868. Les suites de l'opération furent très simples; la plaie pansée à plat était cicatrisée au bout de deux mois. La récidive s'étant montrée, une nouvelle opération dut être pratiquée à la fin de la même année. La guérison tarda un peu plus à s'effectuer, mais ne fut accompagnée d'aucun accident.

Nouvelle récidive. État général moins bon qu'autrefois; cependant je désarticule la cuisse, le 21 avril. Perte de sang minime; pansement sans réunion avec la charpie alcoolisée.

A son réveil, l'opérée est prise de vomissements incessants qu'on calme à peine avec la glace et le chlorhydrate de morphine en potion. Le lendemain, 22, les vomissements continuent. C'est le seul symptôme fâcheux. On prescrit la glace, le grog au rhum, la pepsine à la dose d'un gramme dans du bouillon.

Le 23, persistance des vomissements bilieux et muqueux. Un peu de ballonnement du ventre. Peu de soif, un peu d'appétit.

Le 24, les vomissements diminuent, ils ne renferment plus de bile.

Le 25, recrudescence des vomissements; vésicatoire sur l'épigastre. Lavement purgatif le soir.

Le 26, les vomissements ont cessé complètement, il ne reste qu'un état saburral assez prononcé.

Le 8 mai, les vomissements reprennent avec d'autres symptômes fâcheux; la malade s'affaiblit de plus en plus; elle ne peut plus rien prendre sans le vomir. Elle succombe le 18 mai, vingt-huit jours après l'opération.

A l'autopsie, outre les lésions des vaisseaux artériels et veineux, la présence d'abcès métastatiques dans les poumons et l'envahisse-

1. *Bull. de l'Acad. de méd.* 1877, p. 1176 et *Mém. de chir.*, t. II, p. 559.

ment des ganglions abdominaux par le tissu morbide, on trouve pour expliquer les vomissements, le foie dans un état très avancé de stéatose. Il en est de même des reins dont l'épithélium est partout infiltré de granulations graisseuses.

Obs. VII. — *Épithélioma du pied. Désarticulation de deux métatarsiens. Troubles gastriques et vomissements répétés. Infection purulente. Cirrhose méconnue* [1].

B..., quarante-sept ans, instituteur, forte constitution apparente, ni syphilis, ni excès alcooliques avoués. Cependant anémie prononcée, psoriasis ancien, dyspepsie; en 1871, accidents gastro-intestinaux intenses avec diarrhée, vomissements, perte de l'appétit, affaiblissement notable, etc.

L'épithélioma du pied date de 1870. Il a été traité par une foule de moyens qui n'ont fait que l'aggraver. On est obligé, pour l'enlever complètement, de faire l'ablation du quatrième et du cinquième métatarsiens avec les orteils correspondants. Pansement ouaté.

Les vomissements se montrent presque aussitôt après l'opération et se continuent toute la journée. L'opéré n'en est point alarmé, il nous raconte que, depuis sa maladie de 1871, il y est sujet et qu'il a souvent le matin la pituite. Nous soupçonnons alors qu'il est moins sobre qu'il ne le dit et qu'il est légèrement alcoolique.

Le lendemain 7, l'état est passable ; la fièvre presque nulle ; toutefois les vomissements continuent de temps à autre et empêchent l'alimentation.

Le 8, signes d'embarras gastrique, bouche amère. Inappétence complète ; vomissements bilieux. Fièvre modérée toutefois. Un lavement simple produisant peu d'effet, on donne le lendemain matin un purgatif salin; les vomissements cessent et l'état gastrique s'améliore. Mais survient une hémorrhagie légère, puis une pyohémie qui enlève le malade le 19, treize jours après l'opération.

L'autopsie ne fut pas faite, on put seulement examiner l'estomac et le foie. Le premier de ces viscères était sain, le foie était atteint de cirrhose au second degré.

Obs. VIII. — *Sarcocèle, castration; vomissements répétés.*

1. Dubuclet, *Epithélioma du pied.* Th. inaug. 1874. (Cette observation a été prise dans mon service, mais l'auteur n'a pas suffisamment insisté sur les phénomènes gastriques consécutifs à l'opération.)

Mort. Tumeur secondaire dans l'abdomen, altérations du foie[1].

P..., quarante-trois ans. Cancer du testicule gauche, état général excellent, bon appétit habituel. Castration le 22 mars; pansement de Lister.

Dans la soirée un vomissement peu abondant.

23 mars, vomissements le matin.

24 mars, nausées, vomissements bilieux le soir. Inappétence, langue blanche.

25, le malade a encore un peu vomi la matin.

Les vomissements ne se renouvellent pas jusqu'au 29, époque de la mort.

Autopsie. — Près du hile du rein gauche, tumeur ganglionnaire cancéreuse, marronnée, grosse comme une orange. Diverses tumeurs du foie ressemblant à des angiomes; l'organe est très volumineux et atteint de dégénérescence graisseuse.

Dans le cas suivant, rien ne faisait prévoir ni les lésions *qui ont* provoqué les vomissements, ni ces vomissements eux-mêmes. Ceux-ci, pourtant, me semblent avoir eu sur la terminaison fatale une influence non équivoque, d'abord à cause de l'hémorrhagie primitive qu'ils ont certainement favorisée par une sorte d'action mécanique, puis en inspirant à la malade une telle horreur pour l'ingestion des aliments et des médicaments, qu'elle se refusa avec opiniâtreté à rien prendre pendant quarante-huit heures. Or, il s'agissait là précisément d'un de ces cas où les besoins de la réparation organique étaient impérieux.

Obs. IX. — *Amputation de la cuisse; pansement ouvert; hémorrhagie capillaire primitive prolongée. — Vomissements continuels. — Refus d'aliments. Mort le quatrième jour. — Friabilité de l'estomac. — Dégénérescence granulo-graisseuse du foie et des reins*[2].

Femme, soixante-quatre ans, atteinte depuis longtemps d'une arthrite syphilitique du genou avec suppuration, fistules ossifluentes, décollements, douleurs très vives, etc.

1. Longuet, *De l'influence des maladies du foie sur la marche des traumatismes*. Thèse inaugurale, Paris, 1877. Obs. XXV, p. 46.

2. Déjà publié in *Série de vingt-sept grandes amputations*, obs. XXVII. — Voir *Mém. de chir.*, t. II, p. 472.

Maigreur extrême, grande faiblesse ; cependant aucune lésion interne ne semble contre-indiquer l'opération. Appétit peu prononcé, point de dégoût. Foie non douloureux, paraissant avoir son volume ordinaire. Jamais de vomissements, de diarrhée, ni de constipation. Abdomen indolent, point de soif, langue rose et humide. Sécrétion rénale normale en quantité et qualité. Donc, rien d'apparent du côté de l'appareil digestif.

Amputation de la cuisse le 21 janvier. Point de réunion immédiate ; pansement antiseptique ouvert. Vomissements dès le retour de l'amphithéâtre (ce détail a été omis dans l'observation publiée, où l'on ne note le symptôme que dans le courant de la journée) et se continuant sans relâche. La malade refuse toute nourriture et tout médicament.

Une hémorrhagie capillaire, constatée deux heures après par l'interne du service, est facilement arrêtée.

Le lendemain 22, même refus opiniâtre d'aliments et de boissons ; continuation des nausées et des vomissements.

Le 23, la malade consent à prendre un peu de lait et de bouillon qui sont gardés ; mais les forces déclinent rapidement et la mort survient le 24 au matin.

Autopsie. — Vestiges d'une ancienne gomme hépatique sur un foie petit et en dégénérescence granulo-graisseuse ; même lésion de la substance corticale du rein.

Estomac et intestin fortement revenus sur eux-mêmes et très friables, bien que le cadavre ne fût pas décomposé.

Je pense que les observations précédentes suffiront à démontrer l'influence des états pathologiques antérieurs sur le symptôme que j'étudie, et à prouver une fois de plus le rôle que jouent les lésions préexistantes sur la marche anormale du processus traumatique. C'est pourquoi je me bornerai à ajouter quelques mots sur ce qu'il convient de faire aux opérés tourmentés par les vomissements.

Il ressort des faits mêmes que j'ai rapportés qu'il ne peut y avoir un moyen unique, puisque les causes sont variables, et qu'ici comme en bien d'autres cas, il faut faire de la thérapeutique en rapport avec l'étiologie. Il est certain que les ventouses appliquées sur la région lombaire chez la malade de l'observation IV, n'ont rendu service que parce qu'il s'agissait d'une affection rénale et qu'elles eussent été vraisemblablement inutiles chez les sujets atteints de stéatose ou de cirrhose hépatique.

Bien que j'aie déclaré dès le commencement que les vomissements

post-opératoires n'offraient pas beaucoup de gravité et que je les aie vus bien souvent cesser d'eux-mêmes le lendemain de l'opération, j'ai été conduit, dans les cas rebelles, à essayer contre eux plusieurs moyens. C'est le résultat de ces essais que je vais indiquer.

D'abord j'ai prescrit la glace et l'eau de Seltz, puis l'éther et les boissons stimulantes, et en particulier le grog chaud avec le rhum; en d'autres cas, les préparations de morphine à l'intérieur ou en injections hypodermiques. Ces médicaments ont calmé les douleurs de l'estomac, mais n'ont pas paru empêcher le retour des vomissements. Une fois, j'ai fait appliquer avec quelque succès un vésicatoire volant à l'épigastre; mais de tous les moyens, celui qui m'a donné de beaucoup les meilleurs résultats est sans contredit la pepsine à la dose de 1 à 2 grammes par jour, par paquets de 50 centigrammes. Deux de ces paquets suffisent quand ils ne sont pas rejetés par les vomisssements; on les administre le matin et le soir, avec ou sans aliments, le plus communément avec une tasse de bouillon. Dans un des cas presque désespérés dont j'ai parlé plus haut, c'est le seul moyen qui ait réussi. Depuis cette époque, il y a au moins dix ans, j'en ai tiré maintes fois bon parti; le vin de pepsine, plus facile à prendre, m'a paru moins efficace que la pepsine en nature.

Plusieurs fois, j'ai vu, au bout de deux ou trois jours de vomissements rebelles et de diète forcée consécutive, s'établir un véritable état saburral, fébrile, presque toujours compliqué de constipation. Si les lavements purgatifs ne suffisent pas, il faut donner un purgatif salin; les évacuations alvines abondantes font généralement cesser les nausées, les vomissements et l'état gastrique, mais on ne peut profiter de cette action que deux ou trois jours après l'opération.

Le point le plus intéressant de cette question est relatif au régime alimentaire. Je n'ai pas besoin de dire que de nos jours on ne soumet plus les opérés à la diète, et que l'on fait prendre à la plupart d'entre eux, dès le premier jour, des aliments sérieux et des boissons fortifiantes. On s'accorde à penser, et je suis tout à fait de cet avis, que la nourriture de bonne qualité et en quantité raisonnable, quand elle n'est pas formellement contre-indiquée, contribue notablement à la bonne évolution du processus curatif et favorise évidemment la guérison.

Or, les vomissements post-opératoires, à défaut d'autres inconvénients, auraient au moins celui de gêner l'administration des aliments réparateurs; donc, à ce seul point de vue, il y aurait intérêt à les faire cesser aussi promptement que possible. En effet, tant qu'ils durent, l'alimentation n'a guère d'utilité et fatigue l'estoma

sans grand bénéfice. Toutefois, il n'y a pas à cet égard de règle absolue. Je me rappelle fort bien, dans le service de Ph. Boyer qui, on s'en souvient, nourrissait ses opérés à outrance, avoir enlevé le sein à une femme qui fut prise de vomissements répétés dès les premières heures et dans les deux jours suivants. Or, entre ses vomissements, on lui faisait avaler du potage, de la viande, du pain et du vin; elle en gardait une partie et rejetait le reste; alors, on recommençait l'ingestion, et au bout de deux jours, l'estomac finit par regagner sa tolérance.

Depuis cette époque, j'ai changé de pratique, ou pour mieux dire, je n'ai plus de parti pris; certains malades ont horreur des aliments et ne sont tranquilles que lorsque l'estomac est vide; alors, je ne leur donne que des médicaments et de la tisane.

Chez d'autres, comme dans le cas du mal de mer, les aliments sont vomis, mais leur ingestion soulage l'estomac, et d'ailleurs l'appétit subsiste assez pour que l'alimentation soit possible.

Aussi bien l'estomac est chez ces dyspeptiques fort capricieux; il rejette ceci et garde cela sans qu'on puisse rien prévoir. J'ai remarqué qu'en général le vin était mal toléré, mais j'ai noté des exceptions : chez d'autres le lait passe, ou le bouillon, ou quelques bouchées de viande.

En somme, je consulte volontiers dans ces cas l'expérience et l'instinct des malades, et j'insiste seulement pour qu'ils fassent l'essai de quelques aliments réputés de digestion facile, mais je n'insiste pas s'ils sont mal tolérés ou si l'anorexie est absolue.

Bien souvent, je ne fais rien le premier jour et ne commence la médication que le second, quand les vomissements persistent.

C'est alors que d'emblée je prescris la pepsine, mais sans lui associer de substances vraiment nourrissantes. Certes, je ne suis point disposé à retourner de quarante ans en arrière et à préconiser de nouveau la diète; mais dans les opérations ordinaires, quand les sujets ne sont pas affaiblis outre mesure par la maladie antérieure ou les pertes de sang pendant l'opération, je ne crois pas indispensable de leur faire ingérer dès les premiers moments une nourriture trop substantielle. Il y a une mesure à garder entre les erreurs déjà oubliées de l'école physiologique et la réaction un peu trop forte inaugurée par Ph. Boyer, Malgaigne, etc. [1].

1. Aujourd'hui il m'arrive communément, après les opérations longues et laborieuses, sans perte de sang notable, de prescrire la diète complète le premier jour; on se contente de désaltérer le patient avec la glace, les boissons acidulées, le bouillon froid et le lait coupé. — A. V. 1886.

De ce qui précède je tirerai quelques conclusions :

1° On observe chez certains opérés des vomissements rebelles qui se continuent pendant plusieurs jours après l'opération. Cet accident est assez rare du reste ;

2° Ces vomissements sont attribués à tort au chloroforme, qui paraît agir tout au plus comme cause provocatrice :

3° Ils reconnaissent comme causes véritables divers états pathologiques antérieurs : dyspepsie, lésions abdominales, hépatiques, rénales, etc., créant par eux-mêmes une prédisposition aux vomissements, que le traumatisme réveille ;

4° Ces vomissements peuvent assez souvent être prévus à l'avance, et quand ils surviennent inattendus, ils doivent faire soupçonner des lésions viscérales méconnues et latentes ;

5° Le pronostic n'est pas généralement grave, mais les vomissements qui se prolongent au delà de quarante-huit heures fatiguent les patients, engendrent facilement un état saburral quelquefois fébrile, et enfin empêchent d'alimenter convenablement les opérés ;

6° Les vomissements post-opératoires cessent souvent dans le courant du deuxième jour ou s'espacent assez pour devenir supportables. La glace, les boissons gazeuzes, la diète, suffisent d'ordinaire pour les deux premiers jours. Plus tard, la pepsine rend de grands services. A partir du troisième jour un purgatif salin convient s'il y a état saburral. Le régime mérite la plus grande attention, on multiplie les tentatives d'alimentation, mais on consulte surtout l'instinct et l'expérience du malade. Enfin, on varie les moyens d'après la nature de l'affection préexistante qui amène l'intolérance de l'estomac.

NOTES ET RAPPORTS

SUR LE TÉTANOS TRAUMATIQUE

INTRODUCTION

De 1844, époque de mon entrée dans les hôpitaux, à 1870, j'avais vu environ sept ou huit cas de tétanos traumatique qui tous s'étaient terminés par la mort. Une seule opérée avait survécu, mais peut-être ne s'agissait-il pas d'un vrai tétanos.

En janvier 1870, j'eus l'idée d'essayer le chloral, qui théoriquement me paraissait indiqué. Depuis ce moment je me suis à diverses reprises occupé de cette grave complication du traumatisme, la seule peut-être que n'ait guère modifiée la méthode antiseptique. J'ai surtout étudié les causes de la mort, le pronostic et les indications multiples du traitement.

Le seul chapitre auquel je n'ai pas ajouté grand'chose est celui de l'étiologie sur laquelle je ne suis, à mon grand regret, pas plus avancé que les autres.

La théorie microbique, instinctivement adoptée par plusieurs chirurgiens de premier ordre, Billroth, Rose, Lister, etc., tend à prévaloir aujourd'hui. Elle m'a longtemps paru inacceptable, ou du moins incapable d'expliquer d'une manière satisfaisante l'invasion, les symptômes et la marche du mal; aujourd'hui même elle est très imparfaitement établie. Je me rattachais de préférence à la théorie excito-motrice ou nerveuse, sans méconnaître néanmoins les obscurités qu'elle présentait et qu'elle présente encore actuellement[1]. Aujourd'hui, je suis fort perplexe ; aussi ai-je formellement demandé

1. Voir pour l'exposé des théories une note fort intéressante de mon élève et ami le Dr Ozenne, in *Arch. gén. de méd.*, mars 1886, p. 321.

que l'étiologie et la pathogénie du tétanos fussent inscrites au programme du prochain congrès de chirurgie française (automne 1886.)

Des questions nouvelles ont surgi, telles : l'origine terrestre du virus tétanique et peut-être l'emprunt de ce virus fait par l'homme au cheval; d'autre part, les analogies du tétanos et de la rage peuvent faire croire que l'agent pathogène du premier peut résider comme celui de la seconde dans le système nerveux, etc.

Au reste, la théorie parasitaire et la théorie nerveuse ne sont nullement incompatibles. En effet, rien n'empêche d'admettre qu'un microbe (qui reste à trouver) n'envahisse d'abord les cordons nerveux, puis l'axe médullaire, puis le bulbe rachidien et ses prolongements, et que, proliférant en ce dernier point, il n'irrite mécaniquement et chimiquement les origines des nerfs et les cordons moteurs de la moelle, tout comme le ferait un poison convulseur ou un corps étranger brusquement introduit.

Dans la théorie nerveuse, on admet nécessairement, et d'ailleurs conformément à l'observation clinique, une irritation partant de la blessure, propagée par les nerfs centripètes jusqu'aux centres moteurs, qui irrités à leur tour suscitent les spasmes musculaires cliniques et toniques; mais on ne dit point quelle est la nature de cette irritation. La théorie microbienne aurait le mérite de combler la lacune si elle montrait qu'il s'agit d'une irritation spécifique.

Les cliniciens et les physiologistes seraient d'autant moins fondés à refuser cette hypothèse qu'elle ne diminue en rien ni l'importance, ni la valeur scientifique, ni l'utilité de leurs observations et de leurs expériences. En revanche la même hypothèse susciterait le zèle des thérapeutes et les conduirait soit à poursuivre la prophylaxie, soit à chercher les antidotes. — A. V. 1886.

En 1859 eut lieu à la Société de chirurgie une discussion sur cette question, à propos de deux cas communiqués par MM. Vella et Chassaignac, et traités par le curare. On se demandait en particulier quelle était la meilleure voie pour l'absorption du curare, et si le tétanos observé était aigu ou chronique. Je pris à cette occasion la parole[1].

« Je pense, dis-je, qu'il faut mettre de côté la portion de curare introduite dans l'estomac, l'intestin n'absorbant en aucune façon cette substance; il n'en est pas de même des plaies, qui l'absorbent plus ou moins. Les inoculations faites sur des chiens ne peuvent ici servir à rien. Toutes ces questions ont été bien étudiées par M. Vulpian. Quand on voudra sérieusement essayer sur l'homme, il n'y aura qu'à injecter une solution de curare dans le tissu cellulaire.

» Mais le cas rapporté par M. Chassaignac est-il un exemple de tétanos aigu et très grave? Je ne le crois pas, car le mal dure déjà depuis seize jours, et n'est pas encore guéri. Je le considère comme un exemple de tétanos chronique, et on sait que ces cas sont curables.

» Voici ce que j'ai observé il y a quelque temps. Après avoir pratiqué l'extirpation de l'œil sur une dame, je vis apparaître au bout de huit jours des douleurs très violentes à la tête. Puis survint du trismus avec grincement des dents, se reproduisant surtout la nuit, et sous forme d'accès. Le muscle orbiculaire des lèvres était lui-même envahi et devenait d'une dureté extrême. M. Legroux, appelé auprès de la malade, employa sans résultat la morphine et la belladone. Au bout de six jours, on eut recours aux inhalations de chloroforme. Dès les premières tentatives, on put constater une certaine amélioration, qui fit des progrès les trois jours suivants, pendant lesquels on continua le même moyen.

» Sur ces entrefaites, la malade partit pour le Havre. Quinze jours après, le médecin chargé de lui donner des soins m'écrivit que la guérison ne marchait plus, et que les choses étaient à peu près comme au moment où la malade avait quitté Paris.

» J'ai appris depuis que, sept semaines après le début de la maladie, la guérison s'était complétée, sans l'emploi d'aucun moyen extraordinaire.

1. *Bull. Soc. de chir.* pour 1859, 1re série, t. X, p. 139 et 183.

» C'est la première fois qu'a lieu au sein de la Société une discussion sur le curare. Autant que personne, je suis ami du progrès, mais je pense que sur une question pareille et encore peu connue, il convient de n'agir qu'avec une grande réserve. On a déjà fait remarquer que, puisque le principe actif du curare avait été isolé, il fallait se servir exclusivement de la curarine, et je suis très disposé à partager cette manière de voir. Mais avant tout, il faudrait s'entendre sur les véritables caractères de la maladie que l'on veut combattre par ce poison; et la première chose que devrait faire la Société serait de se livrer à une discussion approfondie sur le tétanos lui-même.

» Ainsi il y a un tétanos aigu, un tétanos chronique et un tétanos intermittent. Doit-on voir là des degrés d'une seule et même maladie? ou doit-on les considérer comme des états pathologiques de nature différente? Toutes ces questions mériteraient d'être examinées avec un grand soin. Il importe également de savoir s'il y a des maladies qui simulent le tétanos.

» Dans les ouvrages classiques, on trouve quelques exemples de tétanos qui auraient été guéris par des moyens très divers. Ici, c'est l'opium; là, c'est la belladone; ailleurs, ce sont des bains de vapeur, etc. Dans tous ces cas a-t-on réellement guéri de véritables tétanos?

» Pour la malade dont j'ai parlé, et chez laquelle, à la suite de l'extirpation d'un œil, j'ai vu se développer une maladie que j'ai cru être le tétanos et qu'un autre confrère a considérée comme telle, je me demande, après l'amélioration obtenue avec le chloroforme et la guérison définitive un mois après, si mon diagnostic était fondé et si j'ai eu réellement à traiter un tétanos.

» M. Brown-Séquard, appelé il y a quelque temps à Londres pour un cas de tétanos, reconnut qu'on avait commis une erreur, et ne constata qu'une contracture musculaire.

» Il ne faut pas oublier que le tétanos chronique guérit souvent, et qu'il en est de même de celui qu'on appelle spontané, c'est-à-dire qui survient sans cause traumatique.

» Je n'entends pas d'ailleurs contester l'utilité du curare; mais l'emploi de cet agent pouvant entraîner des dangers, je me demande s'il faudrait y recourir pour un tétanos chronique, que l'on voit souvent guérir avec des moyens beaucoup plus simples. Je ne le pense pas. »

Depuis l'époque où je prononçai le précédent discours jusqu'en 1870, je n'ai traité, du reste sans le moindre succès, que quelques cas de tétanos; les moyens employés ont été les narcotiques, administrés, comme d'ailleurs par tous mes collègues, en quelque sorte empiriquement. En 1870, l'intervention du chloral dans la thérapeutique me fit penser que ses propriétés si éminemment calmantes pouvaient être utilisées dans la cure du tétanos, et le premier cas dans lequel je l'employai fut un succès. Voici la relation détaillée de ce cas.

OBS. I. — *Écrasement du doigt; tétanos à marche lente. Traitement par le chloral et la morphine. Guérison en trente-huit jours*[1].

Paul Leclerc, journalier, vingt ans, entre dans mes salles le 29 janvier 1870. Il y a quinze jours, il eut le doigt écrasé dans une porte. Il habite à Paris, dans une chambre humide.

Pendant huit jours il continue à travailler, sans s'inquiéter de son mal, et c'est au bout de ces huit jours seulement qu'il sentit un peu de raideur dans la mâchoire. Il n'y fit pas d'abord grande attention; mais le 25 janvier, le trismus devint assez fort pour gêner la mastication, et le 29, L... se décide à entrer à l'hôpital.

***État actuel.* — C'est un garçon robuste et bien portant. L'extrémité du médius de la main droite a été écrasée, mais la plaie est en voie de cicatrisation et très peu douloureuse à la pression. Le trismus, déjà assez fort, n'empêche pas complètement l'introduction des liquides; les mâchoires peuvent être écartées de quelques millimètres. Nulle contracture dans le reste du corps, sauf à la nuque, qui est le siège d'une douleur modérée. Aucune dysphagie, aucune gêne de la respiration. La face est comme bouffie, les yeux à demi fermés par la contracture des orbiculaires; rire sardonique. Temp. 36°,2.**

La contracture durant déjà depuis huit jours et ne s'étant pas généralisée, de plus, la déglutition et la respiration étant libres, on pense avoir affaire à un tétanos à forme lente, et on conserve quelque espoir de guérison.

1. *Bull. Soc. de chir.*, séance du 23 mars 1870, p. 112. — Cette observation, recueillie par mon interne, M. Richelot, a été communiquée sommairement à l'Académie des sciences dans la séance du 14 mars 1870. (Voir *Comptes Rendus*, vol. LXX, p. 575.) Les réflexions qui la suivent ont été faites devant la Société de chirurgie, dans la discussion soulevée par la relation détaillée du fait.

Le 29 au soir, on institue le traitement : on couvre le malade pour provoquer la sueur, et on prescrit l'opium (0gr,20) dans la nuit. Temp. 37°,6.

Le 30, potion avec 8 grammes de bromure de potassium, et trois injections de 0gr,01 de chlorhydrate de morphine à la nuque. Temp. 37 (matin); 37°,7 (soir).

Le 31, nouvelle potion semblable, injections plus fréquentes. La contracture apparait dans les muscles abdominaux et les adducteurs de la cuisse. Il y a un peu de difficulté à uriner. Mêmes douleurs cervicales. Temp. 37°.

L'urine, retirée par le cathétérisme, est chargée d'urates, mais sans trace de sucre ni d'albumine. Temp. 37°,6 (soir).

1er février. — Le trismus n'a pas augmenté. La respiration et la déglutition sont toujours libres; mais la contracture des adducteurs a augmenté, l'abdomen est très dur, et il y a quelques spasmes toniques. De plus, le malade se plaint de douleurs très violentes et continues dans les aines, qui l'ont empêché de dormir et lui font jeter des cris. On continue les moyens propres à provoquer la sueur, ainsi que les injections de morphine; on supprime le bromure de potassium et on prescrit une potion avec 4 grammes de chloral à prendre dans les vingt-quatre heures.

Une injection de morphine (1 centigramme) est faite dès le matin, et un quart de la potion, soit 1 gramme de chloral, administré en même temps. Au bout de dix minutes, n'entendant plus le malade pousser des cris de douleur, on revient à son lit, et on le trouve endormi d'un profond sommeil, dont les secousses ne peuvent le tirer. La respiration est ample, silencieuse, le pouls est calme et de force moyenne. En écartant les mâchoires, on les trouve notablement moins serrées, la tête est moins renversée en arrière. Temp. 37°,7

A une heure (après-midi), le malade dort toujours profondément La contracture des adducteurs a cessé, on fléchit facilement la tête l'abdomen est à peine tendu. En touchant celui-ci avec la main très froide, on réveille légèrement le malade, et on détermine un spasm peu intense (opisthotonos) qui cesse aussitôt; le malade retombe dans son assoupissement. On ne fait pas de nouvelle injection de morphin

A six heures du soir, on retrouve le malade encore un peu som nolent, mais sans aucune douleur. Il ouvre lui-même la bouc plus facilement que le jour de son entrée. On l'a réveillé dans la jou née pour lui offrir du bouillon et du potage, qu'il a pris facileme et avec plaisir. La contracture des adducteurs est à peu près 'le était le matin. État moral excellent. Temp. 38°.

La potion de 4 grammes ayant été achevée à six heures du soir, on en prescrit une nouvelle avec 2 grammes de chloral, pour la nuit. Elle est commencée à huit heures du soir; aussitôt le malade s'endort profondément. A cinq heures du matin, il se réveille, avec des douleurs très violentes dans les aines.

2 février. — A la visite de matin, spasmes répétés et douleurs très vives. Abdomen très dur, muscles adducteurs violemment contractés. La nuque est beaucoup moins libre qu'hier dans la journée. Rien dans les membres supérieurs ni dans les membres thoraciques.

On fait immédiatement une double injection de morphine dans les deux aines (0gr,02), puis on attend trois quarts d'heure, afin d'observer séparément l'action des deux médicaments. Les spasmes et les douleurs continuent, sans aucune amélioration. Au bout des trois quarts d'heure, on donne 1 gramme de chloral (potion avec 6 grammes pour les vingt-quatre heures), et, dix minutes après, le malade dort profondément. Un nouvel examen pendant le sommeil montre que les mâchoires s'écartent mieux, que l'abdomen est positivement plus souple, et que les adducteurs sont complètement relâchés. Temp. 37°,8.

Le malade continue à dormir jusqu'à deux heures de l'après-midi. Puis il se réveille, et prend un potage avec appétit. A cinq heures et demie du soir, il est toujours calme; la contracture est presque entièrement revenue, mais sans spasmes ni douleurs. Temp. 38°,8.

La potion avec 6 grammes de chloral étant épuisée, on prescrit de nouveau 2 grammes pour la nuit.

3 février (visite du matin). — Le malade est réveillé depuis sept heures; il ne souffre pas et se trouve dans le même état de relâchement qu'hier pendant le sommeil. Les spasmes sont rares et peu douloureux. Une double injection de morphine dans les aines détermine un spasme assez fort. Temp. 39° (élévation notable de la température depuis hier).

Dans la journée, étant toujours sous l'influence du chloral (potion avec 10 grammes), P... se réveille de temps en temps, et prend son potage et même un peu de viande avec plaisir. La résolution relative de ce matin continue.

Soir. Temp. 38°,2. On ne fait pas de nouvelle injection de morphine, afin de ne point provoquer de spasmes.

4 février. — État moins satisfaisant. Les muscles ne sont pas beaucoup plus contractés, mais le malade se plaint de nouveau de

douleurs très vives dans les aines et dans la région épigastrique. Il n'a pas été à la selle depuis son entrée. La miction est impossible; cependant, par le cathétérisme, on ne trouve pas d'obstacle spasmodique. Temp. 38°,6.

Trois cuillerées à café d'huile de ricin; trois injections de morphine dans les douze heures, en augmentant les doses; 6 grammes seulement de chloral dans 250 grammes d'eau au lieu de 120, afin de ne pas irriter l'estomac.

Cinq heures et demie du soir. L'huile de ricin n'a produit aucun effet. Le malade a continué jusqu'à trois heures à pousser des gémissements. On a commencé alors la potion, et dès la première cuillerée, le malade dort profondément, et ses muscles sont plus relâchés que jamais. On ne fait pas de nouvelle injection de morphine, afin de ne pas le réveiller et d'éviter les spasmes. Temp. 39°. Dans la soirée, douleurs inguinales. Injection de morphine et cathétérisme.

5 février. — Le malade n'a pris hier que 3 grammes de chloral. Ce matin, la douleur épigastrique a disparu, mais les douleurs inguinales continuent; la contracture est revenue assez forte et paraît plus générale; les jambes ne peuvent se fléchir qu'avec une certaine peine. Temp. 37°,5.

Lavement purgatif. Potion avec 6 grammes de chloral dans 250 grammes d'eau. On renonce aux injections de morphine et on place le malade dans une gouttière de Bonnet, afin d'éviter les spasmes lorsqu'on change les alèzes.

Douleur inguinale et gémissements toute la journée. Le lavement purgatif ne produit pas d'effet. P... n'ayant pris que très peu de chloral depuis deux jours, on commence la potion à six heures du soir. A cette heure, la contracture est plus violente que les jours précédents; le membre inférieur est dans l'extension forcée. Temp. 38°. Dans la nuit, le malade va une fois à la selle.

6 février (matin). — La contracture étant plus forte que jamais, la nuque plus douloureuse, le trismus plus marqué, on reprend les doses élevées de chloral (8 grammes). Temp. 37°,9. L'appétit est très diminué. La journée se passe dans une demi-somnolence, qu'on entretient en donnant peu à peu la potion. Le soir, spasmes très violents. Temp. 38°,2. La nuit se passe sans sommeil, mais sans douleurs vives.

7 février. — Douleurs et spasmes très violents. Temp. 38°,4. On reprend les injections de morphine, 0gr,02 matin et soir, et on prescrit 10 grammes de chloral.

Le curare et *l'ésérine*, outre qu'ils n'ont rien de constant comme composition, sont d'un maniement difficile, et d'ailleurs on ne peut se les procurer aisément à la campagne.

Le *chloral*, d'une composition définie, facile à préparer sous forme de potion, admirablement supporté, puisque mon malade a pu en prendre sans le moindre danger 200 grammes en trente-huit jours, jouissant enfin d'une action réelle et prompte, me paraît exempt des inconvénients précédemment signalés.

Tout partisan qu'on soit de l'anatomie microscopique, il faut bien avouer qu'elle n'a fait faire aucun pas à la pathogénie du tétanos. La prolifération du tissu conjonctif de la moelle qu'on a signalée ne se rencontre que lorsque la maladie a duré déjà trois à quatre jours, et surtout dans les cas de tétanos chronique. Cela peut faire penser qu'il s'agit là d'une lésion consécutive.

C'est donc à la physiologie que nous devons nous adresser pour avoir l'explication des phénomènes. Or la physiologie nous avait déjà enseigné, entre autres, que le plus puissant antagoniste de la strychnine est précisément le chloral. Celui-ci, administré à la dose de 1 gramme, fait cesser les convulsions provoquées par la strychnine, et cela dans l'espace de huit à dix minutes.

Aucune objection importante n'ayant été faite sur cette communication, je pris la parole dans la séance suivante pour faire part à mes collègues de quelques documents récents, relatifs à des guérisons de *delirium tremens* et d'éclampsie par le chloral[1].

M. B. von Langenbeck a publié, en 1869[2], l'observation d'une femme de quarante ans qui, s'étant fait une fracture de l'avant-bras, fut prise de *delirium tremens* d'origine alcoolique. L'opium et la morphine ayant échoué, Langenbeck fit deux injections sous-cutanées d'hydrate de chloral, de 2 grammes chacune, en même temps qu'il en administrait 4 grammes en potion. La malade tomba dans un profond sommeil qui dura jusqu'au lendemain. Le second jour vers le soir on prescrit une nouvelle potion au chloral et le *delirium tremens* disparaît sans retour.

A la suite de cette observation on en trouve une autre du même auteur, mais qui est incomplète, malheureusement, car elle paraît être la première dans laquelle on ait administré le chloral à un tétanique.

1. *Bull Soc. de chir.*, séance du 30 mars 1870, p. 121.
2. *Berlin. klin. Woch.*, 1869. p. 365. — Obs. reproduite par Liebreich., *l'Hydrate de chloral*, trad. franç., Paris 1870, p. 61.

Réflexions. — Dans tout le cours du traitement, il y eut tro rechutes qui coïncidèrent chacune avec la suspension momentan du chloral.

Nous n'avons eu à noter aucun accident imputable au chloral, ce n'est, peut-être, un sentiment de pesanteur abdominale vers cinquième ou sixième jour de l'usage de cet agent, et qui, du rest pourrait être attribué tout autant à la constipation; aussi, un simp purgatif a-t-il suffi à le faire disparaître sans retour.

Il est encore à noter que c'est le matin, au moment le plus éloi gné de l'ingestion du chloral, que le malade accusait les plus vive souffrances. Aussitôt après la reprise de la potion, le calme surve nait et se prolongeait ainsi jusqu'après minuit.

En ce moment même, ajoutai-je, MM. Lavaux, Dubreuil Onimus traitent en commun un tétanique par le chloral et les cou rants électriques continus. Les résultats sont tels qu'il faut espére qu'une prochaine guérison aura lieu. (Voir plus loin l'observati complète dans la thèse de M. Soubise, p. 208.)

M. Demarquay vient de communiquer une observation d'éclampsi puerpérale guérie en province par le chloral, et j'ai connaissance d trois observations du même genre. Il est donc opportun de con tinuer à expérimenter le chloral dans le tétanos, d'autant plus qu'e jetant un coup d'œil rétrospectif sur les moyens proposés jusqu'ic pour combattre cette terrible maladie, nous n'en trouvons aucun qu ait moins d'inconvénients que le chloral.

Parmi les moyens mis en usage, les uns sont empiriques, les autre théoriques. Mais, avant tout, constatons que la durée du tétanos, lors qu'il guérit, est longue, et que cette maladie est sujette à des récidives Or c'est là que gît la difficulté pour l'emploi de certaines médication reconnues utiles, mais qui ne peuvent être prolongées sans incon vénient.

La *sudation* est dans ce cas, outre qu'elle offre le danger d'expo ser à un refroidissement périlleux.

L'*opium* ne peut être supporté longtemps par l'estomac.

La *belladone*, qui peut être continuée encore moins longtemps, e un moyen infidèle, qui exerce souvent une action convulsante.

Le *bromure de potassium*, excellent pour agir sur l'élément sen sitif, n'a pas d'action sur les muscles tétanisés.

Le *chloroforme*, qu'on a peut-être trop accusé ici, dans une dis cussion de l'année dernière, est encore un moyen infidèle qu'on n peut continuer aussi longtemps que dure la maladie. D'ailleurs, i expose à la congestion du poumon.

Le curare et *l'ésérine*, outre qu'ils n'ont rien de constant comme composition, sont d'un maniement difficile, et d'ailleurs on ne peut se les procurer aisément à la campagne.

Le *chloral*, d'une composition définie, facile à préparer sous forme de potion, admirablement supporté, puisque mon malade a pu en prendre sans le moindre danger 200 grammes en trente-huit jours, jouissant enfin d'une action réelle et prompte, me paraît exempt des inconvénients précédemment signalés.

Tout partisan qu'on soit de l'anatomie microscopique, il faut bien avouer qu'elle n'a fait faire aucun pas à la pathogénie du tétanos. La prolifération du tissu conjonctif de la moelle qu'on a signalée ne se rencontre que lorsque la maladie a duré déjà trois à quatre jours, et surtout dans les cas de tétanos chronique. Cela peut faire penser qu'il s'agit là d'une lésion consécutive.

C'est donc à la physiologie que nous devons nous adresser pour avoir l'explication des phénomènes. Or la physiologie nous avait déjà enseigné, entre autres, que le plus puissant antagoniste de la *strychnine* est précisément le chloral. Celui-ci, administré à la dose de 1 gramme, fait cesser les convulsions provoquées par la strychnine, et cela dans l'espace de huit à dix minutes.

Aucune objection importante n'ayant été faite sur cette communication, je pris la parole dans la séance suivante pour faire part à mes collègues de quelques documents récents, relatifs à des guérisons de *delirium tremens* et d'éclampsie par le chloral[1].

M. B. von Langenbeck a publié, en 1869[2], l'observation d'une femme de quarante ans qui, s'étant fait une fracture de l'avant-bras, fut prise de *delirium tremens* d'origine alcoolique. L'opium et la morphine ayant échoué, Langenbeck fit deux injections sous-cutanées d'hydrate de chloral, de 2 grammes chacune, en même temps qu'il en administrait 4 grammes en potion. La malade tomba dans un profond sommeil qui dura jusqu'au lendemain. Le second jour vers le soir on prescrit une nouvelle potion au chloral et le *delirium tremens* disparaît sans retour.

A la suite de cette observation on en trouve une autre du même auteur, mais qui est incomplète, malheureusement, car elle paraît être la première dans laquelle on ait administré le chloral à un tétanique.

1. *Bull Soc. de chir.*, séance du 30 mars 1870, p. 121.
2. *Berlin. klin. Woch.*, 1869. p. 365. — Obs. reproduite par Liebreich., l'*Hydrate de chloral*, trad. franç., Paris 1870, p. 61.

Il s'agit d'un garçon de sept ans qui, en juillet 1869, quelque jours après une plaie de la joue gauche avec corps étranger et para lysie faciale de ce côté, fut pris de trismus, puis de contracture de muscles de la face, du cou, du pharynx et des grands droits de l'al domen. A l'aide de la sonde œsophagienne on lui administi 2 grammes d'hydrate de chloral, ce qui le fit dormir toute la nuit ju qu'à trois heures du matin ; de trois heures à neuf heures, il res éveillé mais calme ; à neuf heures, nouvelle crise assez intense. Un seconde dose de chloral fut administrée avec la sonde, dont l'intro duction provoqua encore un accès. L'enfant redevint alors calme s'endormit, bien que le sommeil ne fût pas bien profond.

La relation s'arrête là.

Dans un article postérieur, Jastrowitz rapporte dix cas de *deli rium tremens*, traités avec plus ou moins de succès par le mêm médicament, à la clinique du professeur Westphall (*Berl. kli Woch.*, 1869, p. 425).

M. Chapman relate, dans le *Medical Times* du 2 novembre 186 l'histoire d'un homme de soixante ans, ivrogne de profession, et qu déjà avait eu cinq attaques de *delirium tremens* en cinq ans.

L'opium réussit tout d'abord, mais une rechute étant surven quelques jours plus tard, et l'opium devenant insuffisant, Chapma administra *trente* grains d'hydrate de chloral, puis *vingt*, en to *cinquante*, qui firent cesser définitivement le délire.

Relativement à l'*éclampsie*, Rabl-Rückard (Voy. *Berlin. kli Wochenschrift*, 1869, p. 543) a fait connaître deux faits de guéris par le chloral.

Dans le premier cas, les attaques qui s'étaient montrées au déb du travail et se répétaient depuis six heures déjà, cédèrent une injection sous-cutanée de 2 grammes de chloral, suivie quatre autres injections de 1 gramme, faites dans l'espace de vin heures.

Dans un second fait, l'éclampsie durait depuis vingt heures. U double injection de 2 grammes chacune de chloral mit fin a attaques. Mais, dans un troisième fait, l'auteur n'a pas été au content des résultats fournis par le chloral.

Revenant au tétanos, je rappellerai que dans certaines localité et sous certaines latitudes, on observe plus souvent qu'à Paris cet redoutable complication des plaies.

C'est ainsi que mon ancien condisciple, M. Thomas, a eu l'occa sion d'observer à Nevers quatorze cas de tétanos à lui tout seu alors que, à Paris, tant en ville qu'à l'hôpital, je n'ai eu à traiter ju

qu'ici que cinq à six tétaniques. Il paraît que dans le département des Deux-Sèvres, en particulier, le tétanos sévit fréquemment.

Tout le monde sait, d'ailleurs, combien le tétanos est commun dans le Nord, et aussi dans les contrées équatoriales. Mais laissant de côté toutes ces questions de localité, j'arrive aux objections qui ont été faites à ma communication.

M. Després nous a dit que la guérison spontanée du tétanos subaigu est aux insuccès comme un est à neuf. Je ne sais véritablement pas où il a pu puiser les éléments de cette statistique, attendu que si l'on s'empresse de publier les cas de guérison de tétanos, il n'est pas douteux que le plus grand nombre de ceux qui se sont terminés par la mort restent dans l'ombre.

Notre collègue semble croire que la forme chronique guérit toute seule, ce en quoi il est en communion d'idées avec Billroth. Mais il oublie, sans doute, que souvent le contraire a lieu ; à preuve, l'exemple cité dans la dernière séance par M. Demarquay, et terminé par la mort ; à preuve encore, mon malade et celui de MM. Dubreuil et Onimus, qui ont manqué périr plusieurs fois, et qui seraient morts très certainement si on n'était pas intervenu à temps.

M. Després ne voudra pas, sans doute, abandonner les tétaniques sans secours, mais sommes-nous déjà si armés contre cette terrible affection pour qu'il soit inutile de chercher à mieux faire?

Les succès que j'ai obtenus, ceux de Langenbeck et d'Onimus, nous encouragent à poursuivre l'emploi du chloral, et c'est à l'avenir qu'appartient de juger définitivement la valeur réelle de cet agent thérapeutique.

M. Després fait du chloral un soporifique tout comme un autre. Qu'il me permette de lui faire observer que ce médicament est en outre analgésique et anti-convulsif, et c'est précisément parce qu'il réunit ces trois qualités qu'il paraît devoir convenir au traitement du tétanos.

Notre collègue semble vouloir admettre deux espèces distinctes de tétanos : l'une, à forme lente et susceptible de guérison; l'autre au contraire, à marche rapide et essentiellement mortelle. Pour mon compte, je crois qu'il y a des tétanos variant quant au siège et à l'étendue, mais non par leur nature, qui est toujours la même, à savoir une action excito-motrice réflexe. Tantôt, en effet, il s'agit d'un simple spasme au voisinage de la partie lésée; d'autres fois on a affaire au tétanos plus ou moins généralisé. Tant que le tétanos se borne aux muscles extérieurs et à ceux des membres, il n'offre aucune gravité. Mais supposez un instant que les muscles de la

mastication et de la respiration viennent à se prendre, alors le pronostic devient des plus fâcheux.

Je ne veux point soutenir ici que dans le tétanos il n'y ait aucune altération matérielle soit dans la composition du sang, soit dans les centres nerveux. Au contraire, la température peut, dans le tétanos à marche rapide, monter jusqu'à 40°, et des altérations des centres ont été rencontrées alors que la maladie avait duré depuis quelque temps. Seulement, ainsi que je le disais dans la dernière séance, il est à croire qu'il s'agit plutôt là de lésions consécutives.

Quoi qu'il en soit, trois éléments doivent être pris en considération dans le traitement du tétanos, à savoir : la *douleur*, la *prolongation de la contracture;* enfin les *altérations du sang et des centres nerveux*.

Le chloral s'adresse à l'élément douleur et à l'excitabilité réflexe de la moelle; de là, le calme et la détente musculaire qu'il procure à la longue.

Si des muscles importants à la vie sont tétanisés, le malade est sous le coup d'un danger imminent, auquel cas il faut, à l'exemple de MM. Lavaux, Dubreuil et Onimus, faire cesser la contracture sur-le-champ, à l'aide des courants continus.

Les objections émises dans la discussion qui suivit sur le rôle du chloral dans la guérison du tétanos sont résumées dans la thèse de M. Soubise, dont nous allons donner de longs extraits.

PATHOGÉNIE DU TÉTANOS

SON TRAITEMENT PAR L'HYDRATE DE CHLORAL

Par M. le Dr A. SOUBISE[1].

Pensant que les spasmes tétaniques sont des phénomènes réflexes, M. Soubise étudie ces phénomènes dans une première partie de sa thèse, sur laquelle nous n'insistons pas ici.

Dans la seconde partie, il pose la question de savoir ce que c'est que le tétanos; avant d'aborder l'étude de la pathogénie, il dit quelques mots de l'anatomie pathologique, parce que les différentes lésions que l'on a trouvées sur le cadavre ont donné naissance à des opinions variées sur la nature du mal.

Tout le monde, dit-il, est d'accord pour chercher dans une modification du système nerveux la cause de la maladie, mais quelle partie de ce système est atteinte, quelle est la lésion? Avons-nous affaire à une maladie primitive du système nerveux, ou à une intoxication primitive du sang qui agirait ensuite sur le cerveau ou sur la moelle?

L'intégrité de l'intelligence et de toutes les fonctions sensoriales, l'absence de lésions dans le cerveau, ne permettent pas de placer dans les centres nerveux le siège du tétanos. Cependant, Rose[2] dit que l'insomnie, l'augmentation de température dans le tétanos doivent engager les anatomo-pathologistes à chercher les lésions tétaniques au niveau de la protubérance. Peut-être le cerveau est-il

1. Th. de Doct., Paris, 30 juillet 1870, n° 209.
2. E. Rose, *Ueber den Starrkrampf*, in *Pitha und Billroth. Handb. der Chir.*, Bd. I, 2 Abth. 1 Heft, 3 Lief. p. 75.

le siège du mal. Il signale une augmentation de dureté de cet organe et pense que l'analyse chimique fournirait peut-être quelques renseignements utiles. Il note également une augmentation de poids. Le cerveau d'Henschelmann, qui mourut du tétanos, pesait 1765 grammes. Neuf cerveaux de tétaniques qu'il examina pesaient en moyenne 1502gr,5, tandis que le poids moyen du cerveau de l'adulte est de 1424 grammes. Toutefois l'auteur avoue que cette statistique est insuffisante, et se contente d'attirer l'attention sur ce point d'anatomie pathologique.

Le tétanos est-il le résultat d'une lésion de la moelle? Si dans un grand nombre de cas on n'a pu constater aucune modification de l'axe médullaire sur les cadavres des tétaniques, il faut dire aussi que l'on a trouvé assez fréquemment des lésions très appréciables. Gœlis et Thomson ont souvent constaté l'inflammation du bulbe chez les nouveau-nés qui avaient succombé au trismus. Dans une observation de Monod, la moelle était diffluente depuis la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à la cinquième dorsale[1].

Matuzinsky, au dire de Rose (p. 75), sur vingt autopsies a vu seize fois la moelle malade. Larrey a trouvé dans le canal rachidien une sérosité rougeâtre et des traces d'inflammation sur la moelle épinière. — Lockhart Clarke[2] dit avoir trouvé dans deux cas une injection remarquable de la substance grise avec dilatation des vaisseaux et exsudation d'un liquide granuleux à la face interne de la pie-mère, mais il s'abstient de formuler une opinion sur la nature du tétanos. Rokitansky et Demme ont signalé une prolifération de la névroglie[3], une sclérose au début, distribuée tantôt uniformément sur une certaine étendue, tantôt disséminée irrégulièrement. Tout récemment, M. Broca disait à la Société de chirurgie[4], que dans sept autopsies de tétaniques il avait pu constater des lésions d'ordres très différents : l'une, générale, consiste en une congestion de tout le tissu de la moelle; l'autre, locale, infiniment plus grave, caractérisée par un ramollissement, puis par une véritable diffluence de la substance médullaire, qui revêt une coloration rose et offre l'aspect de fraises qu'on aurait broyées dans du lait. « Si le point de départ du tétanos est dans les membres inférieurs, dit-il, le renflement lombaire de la moelle est seul le siège de l'altération;

1. Monod, *Bull. Soc. anat.*, 1826, p. 161.
2. Lockhart Clarke, *On the pathology of tetanus*, in *The Lancet*, 1864, t. II p. 261 et 273.
3. Jaccoud, *Path. int.*, t. Ier, p. 442, Paris 1870,
4. Broca, *Bull. Soc. de chir.*, 1870, p. 138.

tandis qu'on rencontre la lésion dans le renflement cervical, s'il s'agit des parties supérieures du corps. »

Un grand nombre d'autres médecins ont vu des lésions de ce genre. Faut-il en conclure que le tétanos est le résultat d'une myélite ou d'une inflammation des enveloppes de la moelle? Blizard Curling[1] dit que dans les cas où l'on a observé les lésions anatomiques bien tranchées de l'inflammation de la moelle, on a eu affaire à des myélites dont le véritable caractère avait été masqué par des symptômes tétaniques surajoutés aux symptômes ordinaires de cette phlegmasie.

Ces lésions sont-elles primitives ou secondaires? c'est ce que nous aurons bientôt à examiner.

Certains auteurs[2] ont placé dans les nerfs le siège du tétanos et ont attribué la contraction à une névrite. Jobert a trouvé une fois tous les nerfs rouges et injectés. Rose dit que le professeur Froriep a constaté dans sept observations une inflammation du névrilème qu'il a pu suivre depuis les nerfs voisins de la plaie jusqu'à la moelle. D'après le même auteur, Remak aurait trouvé dans deux cas, en 1860, une inflammation de même nature. Lepelletier[3] avait déjà signalé des lésions analogues. Ces faits ont pu faire croire que le tétanos était le résultat d'une névrite.

Swan[4] émet cette opinion que le tétanos a son point de départ, sinon son siège essentiel, dans les ganglions du nerf trisplanchnique; il s'appuie sur les observations de Lobstein, d'Andral, et sur les siennes propres. Dans ces cas on aurait trouvé une rougeur remarquable des ganglions semi-lunaires.

Nous ne ferons que mentionner ici les épanchements sanguins et les ruptures des muscles, la rougeur du pharynx, de l'estomac, l'engorgement des poumons que l'on a constatés dans certains cas. Ces épanchements sanguins avaient fait penser à Stutz que les muscles sont primitivement affectés dans le tétanos.

Il résulte de ce qui précède que dans le tétanos on a trouvé les lésions les plus variées, et que dans un grand nombre de cas on n'a constaté aucune modification des nerfs, ni des centres nerveux.

1. B. Curling. *A treatise on tetanus*, London, 1836.
2. Gœlis, Thomson, Larrey, Monod, Jobert, cités par Nélaton, *Élém. de path. chir.*, t. 1er, p. 145 et 146, 1884.
3. Lepelletier, *Mém. sur la nature et le traitement du tétanos traumatique*, in *Revue médicale*, Paris 1826, t. IV, p. 165 et 345.
4. Swan. *Traité des maladies et blessures des nerfs*. Analysé in *Arch. gén. de méd.* 1837, 2e sér., t. XV, p. 310.

des observations qui ont été publiées et dans l'examen des causes du tétanos.

Tous les auteurs signalent comme produisant surtout le tétanos les plaies des nerfs et principalement celles qui intéressent les extrémités périphériques. Larrey [1], Dupuytren [2], disent que les causes les plus fréquentes du tétanos sont les blessures faites par des armes piquantes, déchirantes, écrasantes, celles qui sont compliquées de la présence de corps étrangers dans les tissus fibreux, celles qui affectent les nerfs sans les détruire complètement. Les plaies des régions riches en filets nerveux déterminent en effet le tétanos plus fréquemment que celles des autres parties du corps.

Dans une statistique que nous empruntons à Gimelle [3] nous trouvons, sur cent quatre-vingt-dix-neuf observations, quatre-vingts plaies des membres inférieurs et soixante-douze des membres supérieurs.

Les brûlures sont assez souvent le point de départ de cette terrible complication, et dans certains cas, l'application d'un vésicatoire a été la cause première des accidents. Or, nous savons que dans ces sortes de lésions les papilles nerveuses, organes essentiellement impressionnables, sont mises à nu.

La physiologie nous apprend d'ailleurs que les extrémités périphériques des nerfs sensitifs sont beaucoup plus excitables que les troncs nerveux et qu'il suffit d'irriter légèrement ces fibres terminales pour déterminer un mouvement réflexe.

Le tétanos survient encore à la suite des grandes opérations et des amputations. Dans ces cas aussi il est facile de trouver dans l'excitation d'un nerf le point de départ de l'action réflexe. Plusieurs fois des filets nerveux ont été compris dans des ligatures de vaisseaux. Larrey [4] cite un cas dans lequel le nerf médian était pris dans la ligature de l'humérale. Plus loin il rapporte l'observation d'un militaire qui fut atteint de tétanos à la suite d'une amputation de la cuisse. L'irritation ou le spasme nerveux, suivant le rapport du malade, partait du point correspondant à la ligature des vaisseaux. Larrey soupçonnant qu'un des principaux cordons nerveux du crural était compris dans la ligature de l'artère fémorale, coupa l'anse du cordonnet. Il y eut alors une amélioration notable des accidents téta-

1. Larrey, *Relat. hist. et chir. de l'armée d'Orient*. Paris, 1803, p. 47.
2. Dupuytren, *Clin. chir.* Paris, 1839, 2e édit., t. V, p. 97.
3. Gimelle, *Du tétanos*. Paris, 1856, p. 49 (Bibliographie étendue).
4. Larrey, *Clin. chir.*, t. Ier, p. 103.

niques, et une application de fer rouge sur toute la surface du moignon, pratiquée plus tard, acheva la guérison.

Nous trouvons encore dans le même auteur un cas de tétanos succédant à une extirpation du doigt indicateur. Une collatérale avait été liée avec le filet nerveux qui l'accompagne. Ces exemples qui ne sont pas très rares permettent de croire que, dans bien des cas, le tétanos survenu à la suite des opérations n'a pas eu d'autre cause.

Le tétanos vient assez souvent compliquer les plaies à une époque assez avancée de la cicatrisation. Nous trouvons dans ce cas le point de départ de l'excitation motrice dans la compression que font subir aux filets nerveux le rapprochement et l'adhésion des lèvres de la plaie. S'il nous fallait une preuve de cette influence des tiraillements cicatriciels, nous la trouverions dans les observations rapportées par Larrey, observations dans lesquelles nous voyons le spasme tétanique cesser à la suite de la destruction de la cicatrice au moyen du fer rouge.

Dans l'observation de M. Mollière (de Lyon) que nous rapportons plus loin (Obs. XI) cette influence de la cicatrisation sur le développement de la maladie a été constatée.

Enfin dans un grand nombre de cas de tétanos traumatique on a trouvé des corps étrangers susceptibles d'irriter les filets nerveux; tous les auteurs citent le fait d'un malade de Dupuytren qui portait un nœud de fouet dans l'épaisseur du nerf cubital. M. Brown-Séquard rapporte un cas de Frerichs dans lequel l'application d'un morceau de potasse à cautère sur le nerf coraco-brachial a été le point de départ du tétanos.

Le soulagement immédiat que procura Larrey [1] à un de ses malades en pratiquant la section du muscle sourcilier, des nerfs et vaisseaux du même nom, dans toute leur épaisseur, pour une éraillure d'une branche nerveuse du nerf sus-orbitaire; l'observation récente de M. Letiévant [2], dans laquelle la section du médian fit cesser les accidents tétaniques, quatre autres cas de guérison à la suite de névrotomie rapportés par ce chirurgien [3], viennent encore donner un appui à l'opinion que nous soutenons. Dans les cas où l'on a trouvé le nerf enflammé (Lepelletier, Froriep) il est facile de comprendre que cette inflammation a été le point de départ du stimulus.

1. Larrey, *Le tétanos*. in *Clin. chir.*, t. I, p. 80 et suiv. Paris, 1829.
2. Letiévant, *Lyon médical*, 7 novembre 1869, t. III p. 298.
3. Id., *Ibid.*, 22 mai 1870, t. V, p. 18 et 79.

généralisé, le trismus a souvent été précédé de raideur musculaire ou de douleur dans le membre blessé; que le malade de M. Cusco ressentit des fourmillements dans le bras blessé avant l'apparition du trismus (Obs. XII); et enfin que l'apparition rapide de cette contracture des mâchoires s'explique très bien si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la dispersion des irritations dans la substance grise de la moelle. L'origine des deux racines du trijumeau dans le bulbe, les nombreux prolongements qui mettent ces racines et les cellules auxquelles elles aboutissent en relation avec les nerfs voisins, expliquent comment l'excitation motrice est transmise au nerf masticateur.

Si, avec Schrœder van der Kolk et Stilling, on admet que le bulbe est le siège de la perception sensitive, on comprend encore mieux la facilité et la rapidité avec laquelle une irritation partie d'un point quelconque du corps sera transmise dans cette partie de l'axe cérébro-rachidien et transformée en incitation motrice.

Voyons maintenant s'il est possible, étant admise la nature réflexe du tétanos, d'expliquer les lésions trouvées sur le cadavre.

La contracture violente et permanente des muscles explique la stase sanguine, la rougeur, la rupture des capillaires, les épanchements sanguins qui en résultent et enfin la rupture des fibres musculaires. Les congestions, les épanchements sanguins que maints observateurs ont constatés dans les différents viscères de la poitrine et de l'abdomen, dans le médiastin postérieur, reconnaissent pour cause le genre de mort auquel succombent le plus souvent les tétaniques. La raideur musculaire, la contracture des muscles respirateurs et de ceux de la glotte déterminent effectivement la mort par asphyxie. C'est pourquoi nous ne devons pas nous étonner de trouver dans certains cas des hémorrhagies méningées ou rachidiennes, de la rougeur et même des ecchymoses de la muqueuse des voies aériennes. Toutes ces lésions sont évidemment le résultat et non la cause des spasmes tétaniques.

Quant aux lésions inflammatoires de la moelle qu'on a constatées dans certains cas, nous pensons avec Blizard Curling[1], que souvent on a eu affaire à de véritables myélites ou à des méningites. auxquelles sont venus s'ajouter des symptômes tétaniques. Ce que nous savons d'ailleurs des effets de l'irritation réflexe permet encore de considérer ces lésions comme des altérations secondaires. La physiologie apprend, en effet, que sous l'influence d'excitations pro-

1. *Arch. gén. de méd.*, 1838, 3e sér., t. Ier, p. 432.

longées des nerfs sensitifs, la substance grise de la moelle subit certaines modifications qui consistent en une congestion localisée d'abord au niveau des racines des nerfs excités, mais qui peut devenir générale. Or, toute inflammation est précédée d'une congestion sanguine, et toute congestion sanguine peut devenir le point de départ d'une inflammation. Quoi de surprenant alors que dans certains cas de tétanos, dont la durée a été assez longue, on puisse trouver les lésions de la myélite et du ramollissement? Les faits cliniques sont d'ailleurs en parfait accord avec ce qu'enseigne la physiologie. On se rappelle que, dans sept autopsies, M. Broca a trouvé une congestion générale de la moelle et plusieurs fois des foyers de ramollissement.

Quant aux proliférations conjonctives signalées par Demme, Rokitansky et Lockhart-Clarke elles se rencontrent surtout, ainsi que le fait remarquer M. Verneuil dans les cas de tétanos chronique, et nous savons que ce processus morbide est toujours précédé d'un état congestif.

Nous dirons donc pour conclure que les lésions médullaires dans le tétanos sont toutes le résultat de l'excitation prolongée de l'axe gris. Dans les cas suraigus, nous trouverons une congestion souvent plus marquée et des points ramollis pourront même coexister avec elle, quand la maladie se sera terminée moins brusquement. Enfin, dans certains cas et surtout dans ceux où l'affection aura présenté un caractère chronique, nous trouverons les lésions de l'inflammation chronique (sclérose).

Passons maintenant aux lésions inflammatoires des nerfs, dont M. Brown-Séquard dit avoir recueilli trente-six cas. Ces lésions, quand elles existent, entretiennent une irritation des filets sensitifs, et par conséquent une excitation permanente de l'excito-motricité de la substance grise. On ne peut mettre en doute la nature réflexe des spasmes tétaniques qui accompagnent ces altérations. Quant à la genèse de cette névrite, elle est des plus simples à concevoir; c'est une inflammation par propagation, dont le point de départ est à la plaie. Mais si cette névrite peut déterminer le tétanos, il ne s'ensuit pas qu'elle soit la cause nécessaire de cette affection, ainsi que le fait remarquer M. Brown-Séquard. « Il n'est nullement besoin, dit cet auteur, qu'une lésion visible existe dans un nerf, pour que celui-ci influence la moelle d'une manière fâcheuse. » Il rappelle plus loin à l'appui de cette assertion l'intégrité des nerfs affectés de névralgie.

Un mot maintenant pour terminer ce que nous avons à dire de

la pathogénie du tétanos. Si nous considérons les spasmes tétaniqu comme des phénomènes purement réflexes, cela ne veut pas di que nous refusons à la moelle toute influence sur ces spasmes. No avons voulu prouver simplement que le point de départ des phén mènes convulsifs réside dans les nerfs sensitifs. La moelle excit devient le siège d'un afflux sanguin, qui augmente son pouvo excito-moteur, et cette exaltation de la faculté réflexe favorise à so tour la production des phénomènes convulsifs, en facilitant la tran formation des irritations sensitives en mouvements.

Il est encore une objection à laquelle nous devons répondre.

Pourquoi le tétanos ne s'observe-t-il pas à la suite de telle o telle plaie? Pourquoi la même blessure, les mêmes causes produi ront-elles chez un malade des effets qu'elles ne produiront pas ch un autre?

Nous répondrons à cet égard qu'il faut, à côté de la cause occa sionnelle, une prédisposition individuelle, que tous les malade affectés de vers intestinaux n'ont pas des attaques épileptiforme que le travail de la dentition ne détermine pas des convulsions che tous les enfants, que l'accouchement ne s'accompagne que raremen d'éclampsie. L'insuccès des expérimentateurs qui, comme MM. Ar loing et Tripier ont cherché à produire artificiellement le tétano n'a probablement pas d'autre cause. Ajoutons cependant que la diff culté de se placer dans toutes les conditions voulues est encor une des raisons de la non réussite des expérimentations.

Toutefois, au dire de M. Létiévant, M. Brown-Séquard aurait p réussir une fois à produire le tétanos en enfonçant un clou dans l patte d'un chien. La section des nerfs aurait même fait cesser subi tement les spasmes. Ce fait, s'il est exact, mettrait hors de doute l nature réflexe du tétanos.

TRAITEMENT DU TÉTANOS. — OBSERVATIONS

Nous n'exposerons pas ici toutes les médications auxquelles on eu recours pour combattre le tétanos. Une pareille étude nou entraînerait à passer en revue tous les agents de la matière méd cale, sans autre résultat que de montrer l'impuissance des remède employés jusqu'à présent.

Nous nous contenterons d'énumérer rapidement les principau moyens mis en usage, et nous passerons ensuite à l'étude d'un

médication employée pour la première fois en France par M. Vernouil et dont l'efficacité nous semble réelle.

Des moyens chirurgicaux et des moyens médicaux ont été proposés. Les premiers n'ont leur raison d'être que dans les cas traumatiques.

Moyens chirurgicaux et locaux. — L'*amputation*, vantée surtout par Valentin[1] et Larrey, a fourni peu de succès. Nous pensons, d'ailleurs, que pour être efficace, cette opération devrait être pratiquée dès l'apparition des premiers spasmes; peut-être alors pourrait-elle juguler la maladie, en supprimant la cause d'irritation, mais quand cette irritation a duré un certain temps, la congestion médullaire qui en est la conséquence entretient l'exaltation du pouvoir réflexe, il y a, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, *une force excito-motrice acquise*, qui ne permet plus d'espérer un résultat aussi favorable. De plus, les malades se décident difficilement au sacrifice d'un membre ou consentent trop tard à se laisser opérer. Les mêmes remarques sont applicables à la *névrotomie*[2]. Quant aux *cautérisations*, elles ont pu réussir dans les cas de compression des filets nerveux, par le tissu cicatriciel, et leur emploi est certainement rationnel en pareille circonstance.

1. Valentin, *Coup d'œil sur les différents modes de traiter le tétanos en Amérique*, Paris, 1811. — L'intervention chirurgicale dans le tétanos traumatique a été résumée avec soin par un autre de mes élèves, M. le Dr Laurent, qui en a rassemblé cinquante-six cas dans sa thèse de doctorat (Paris, 11 juin 1870, nº 140). Je n'ai jamais pratiqué d'opération dans ce but, mais je n'hésiterais pas, ainsi que M. Laurent dit me l'avoir entendu affirmer, à faire la désarticulation d'un doigt dans le cas où les symptômes tétaniques me paraîtraient tenir à une lésion limitée à cette partie.

L'auteur de cette thèse admet que les spasmes tétaniques sont le résultat d'une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle et que l'état pathologique de cet organe est entretenu par une irritation spéciale, provenant de la blessuro, et transmise par les nerfs; que par conséquent en détruisant soit le point de départ, au moyen de l'amputation de la partie blessée, soit la continuité des nerfs, voies de transmission de l'action réflexe, on peut espérer guérir le tétanos. Toutefois l'amputation ne doit être acceptée que si l'on se borne aux désarticulations de doigts ou d'orteils; la névrotomie ne doit être pratiquée que sur l'un des nerfs d'un membre, à cause de la paralysio qui en résulte, paralysie qui peut guérir si un seul nerf est coupé, mais non si plusieurs ou tous le sont.

La cautérisation de la plaie au fer rouge peut aussi amener la guérison du tétanos, mais il faut en être très sobre, parce que dans certains cas ce moyen a également fait naître le tétanos.

Quant à la trachéotomie, elle ne peut servir qu'à combattre la dyspnée.

Nous avons nous même pratiqué ou vu pratiquer la trachéotomie plusieurs fois en pareil cas et avec succès, comme on le verra dans une note sur ce sujet insérée plus loin.

2. Voir aussi une note sur la *neurothripsie*.

Si l'amputation, la névrotomie, les cautérisations trouvent leu applications dans certains cas, il n'en est pas moins vrai qu'elles n remplissent qu'une des indications du traitement. Ces opératior peuvent supprimer l'irritation périphérique, mais elles laissent sul sister l'exaltation du pouvoir excito-moteur de la moelle.

Les différents topiques, l'anesthésie locale préconisée par Jule Roux[1] sont passibles des mêmes objections.

Moyens médicaux. — La *sudation*, ainsi que le fait remarque M. Verneuil, outre qu'elle offre le danger d'exposer à un refroidis sement périlleux, ne peut être continuée longtemps.

L'*opium*, la *belladone*, fatiguent rapidement l'estomac.

Le *bromure de potassium*, excellent pour agir sur l'élément sen sitif, n'a pas d'action sur les muscles tétanisés.

Les *inhalations de chloroforme* et *d'éther* exercent certainemen une influence favorable, mais comme il est impossible d'anesthésie le malade pendant toute la durée de sa maladie, et comme le spasmes reparaissent quand l'anesthésie a cessé, c'est encore là un moyen infidèle.

La *nicotine*, l'*aconit* ont aussi été employés sans grand avan tage. La teinture de *cannabis indica*, au dire de M. Bouchut[2] aurait produit chez l'adulte la guérison de dix ou douze cas d tétanos traumatique (?).

Follin rapporte un cas de guérison par le *sulfate de quinine* hautes doses[3].

Les *bains tièdes et prolongés* ont été fréquemment employés mais leur efficacité est douteuse.

Les *émissions sanguines* ne remédient qu'à l'état asphyxique.

Le *curare*, médicament sur lequel on avait fondé de grande espérances à cause de l'antagonisme que l'on croyait exister entr lui et la strychnine, n'a pas produit les effets favorables qu'on e attendait. Sur dix cas de tétanos traités par cet agent, sept furen suivis de mort et trois seulement de guérison. Différentes opinion ont du reste été émises sur son mode d'action. Claude Bernard[4] croyant à l'action élective de ce poison sur les nerfs moteurs, dit « Le curare employé dans le tétanos ferait cesser les convulsions, i

1. J. Roux, *De l'amputation et de l'éthérisme dans le tétanos traumatique* in *Union méd.*, Paris, 1848, p. 336.
2. Bouchut, *Traité des maladies des nouveau-nés*, 5e édit. 1867, p. 109.
3. E. Follin, *Traité élém. de path. externe*, t. Ier, p. 480.
4. Claude Bernard, *Leçons sur les substances toxiques*, p. 376.

ne guérirait pas pour cela. » Si l'on admet cette opinion, il faut renoncer à l'emploi du curare contre le tétanos. Si d'un autre côté, comme MM. Martin-Magron et Buisson, on ne croit pas à l'antagonisme du curare et de la strychnine, la raison qui avait fait employer le poison des flèches dans le tétanos n'existe plus.

Trousseau et Pidoux[1] rapportent plusieurs cas de guérison obtenus par l'administration de l'*ésérine*, alcaloïde de la fève de Calabar, mais s'il est vrai, comme le disent ces auteurs, que les nerfs sensitifs conservent leurs propriétés tant que la moelle n'est pas complètement paralysée et que jusque-là leur sensibilité tactile est augmentée, ce médicament ne répond guère à l'indication.

Après avoir établi le bilan des différentes méthodes de traitement du tétanos, étudions les effets d'un médicament dont l'action physiologique nous paraît remplir toutes les indications, et cherchons par l'examen des faits à en déterminer la valeur. — Ce médicament, c'est l'*hydrate de chloral*.

Le chloral, découvert en 1830 par Liebig, forme avec l'eau une combinaison cristallisable (chloral hydraté), qu'on emploie en médecine. Il a été bien étudié par M. Oscar Liebreich[2] qui après avoir expérimenté sur les animaux, en a fait application à l'homme. Ses expériences tendent à démontrer que le chloral arrivé dans le sang se dédouble en acide formique et chloroforme. Il est donc à peu près certain qu'il agit comme le chloroforme, que son action s'exerce sur les cellules ganglionnaires du cerveau, puis sur la moelle épinière, et qu'enfin dans les cas terminés par la mort, elle atteint les cellules ganglionnaires du cœur. La décomposition en chloroforme ne se faisant que lentement dans l'organisme, le chloral ne donne pas lieu à la période d'irritation que déterminent les inhalations chloroformiques.

Le chloral agit comme hypnotique et comme anesthésique. La période d'hypnotisme survient rapidement après l'ingestion, et, si la dose a été suffisante, cette période est suivie d'une anesthésie qui peut devenir complète. Il résulte, en effet, des expériences de M. Liebreich que, sous l'influence de cet agent, l'irritabilité reflexe disparaît entièrement.

Comme hypnotique, le chloral diffère de la morphine par la rapidité avec laquelle il agit et par son innocuité sur les organes diges-

1. Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*. Paris, 1869, p. 273 et 289.
2. O. Liebreich, *l'Hydrate de chloral*, trad. franç. par Levaillant. Paris, 1870, p. 65.

tifs; la morphine n'exerce, en effet, son action soporifique qu'après plusieurs heures, et de plus elle a l'inconvénient d'amener souvent des troubles gastriques.

Les travaux de M. Liebreich ont encore démontré qu'il existe entre la strychnine et le chloral un véritable antagonisme.

Cette influence du chloral sur les spasmes strychniques, ses propriétés anesthésiques, l'abaissement de température qu'il détermine, devaient nécessairement engager les cliniciens à essayer son action dans le tétanos. M. Liebreich y avait déjà pensé, et M. Langenbeck, après en avoir retiré de bons effets dans le *delirium tremens*, l'employa avec succès dans un cas de tétanos traumatique.

M. Verneuil de son coté y eut recours, le 29 janvier 1870, et obtint une guérison. Depuis lors, l'attention a été mise en éveil, et nous avons pu réunir quatorze observations de tétanos traité par le chloral. Si nous y ajoutons celle de M. Langenbeck, nous arrivons à quinze cas.

Pour le malade de M. Verneuil (Obs. I), la durée du traitement a été d'un mois environ. L'administration du médicament a toujours été suivie d'un calme rapide; le matin, au moment le plus éloigné de l'ingestion du chloral, le malade accusait de vives souffrances, et il eut trois rechutes qui coïncidèrent avec la suspension momentanée du remède. Nous croyons pouvoir en conclure que la guérison et la marche lente de la maladie doivent certainement être attribuées au chloral; le mode d'administration du médicament, dont les doses furent espacées de telle façon que le malade pût être constamment sous son influence, paraît avoir eu une grande part dans la guérison. C'est bien certainement à cette continuité d'action qu'il faut attribuer en grande partie les bons effets obtenus, et c'est aussi la possibilité de produire une action non interrompue qui constitue la supériorité du chloral sur le chloroforme en inhalations. M. Verneuil n'a pas craint de donner des doses considérables, et c'est probablement pour n'avoir pas suivi cet exemple que M. Waren Tay (Obs. VII) a vu périr sa malade. En effet, M. Dufour (de Lausanne) qui fit prendre à son tétanique jusqu'à 16 grammes de chloral dans une journée, parvint à se rendre maître du mal. Nous verrons bientôt que, dans toutes les observations, les variations de doses ont amené des variations dans l'état du malade.

Donc, pour obtenir de bons effets du chloral il faut : 1° le prescrire dès l'apparition des premiers spasmes; 2° le donner à dose considérable (de 8 à 12 grammes dans les vingt-quatre heures) et n'abaisser cette dose que quand les spasmes ont cessé complètement

depuis un certain temps; 3° le faire prendre dans une potion administrée par fractions jusqu'à ce que la malade s'endorme.

Voyons si ces règles ont été suivies dans toutes les observations que nous rapportons.

Dans l'observation II, le chloral administré régulièrement et à hautes doses par M. Dufour enraye les accidents et produit la guérison.

Dans l'observation III, MM. Dubrueil, Lavaux et Onimus ayant suspendu l'administration du chloral, le malade fut pris d'une crise violente à laquelle il faillit succomber et tomba dans un état de mort apparente dont on ne put le tirer que par l'application des courants continus. Une seconde suspension du médicament provoqua le retour des spasmes et d'une contracture généralisée; il fallut, pour les faire cesser, 16 grammes de chloral et l'emploi de l'électricité.

Ici l'influence du chloral a été bien nette, puisque la contracture a disparu ou reparu suivant qu'on l'a donné ou supprimé.

Dans l'observation IV, le chloral a été prescrit dès l'apparition des premiers symptômes, puis continué régulièrement et sans interruption jusqu'à cessation complète des accidents.

Dans l'observation V, tandis que la morphine et le chloroforme ne diminuaient en rien les spasmes, une amélioration immédiate succéda à l'administration du chloral. Le bromure de potassium que on prescrivit simultanément a pu jouer le rôle d'adjuvant, mais la cessation brusque des accès convulsifs sous l'influence du premier [illegible] assez que l'honneur de la guérison lui revient.

Dans l'observation VI, le malade, tenu constamment sous l'influence du chloral à doses graduées, éprouve un soulagement progressif qui le conduit à la guérison; il a pris, dans l'espace de vingt-deux jours, 178 à 180 grammes de chloral.

Dans l'observation VII, le malade entra à l'hopital dans un état des plus graves. Le chloral, quoique donné à petites doses, produisit une amélioration immédiate; une période de calme suivait toujours son ingestion. Impossible, dans ce cas, de nier ses effets bienfaisants, si la terminaison a été fatale, cela tient à ce que l'on a donné des doses insuffisantes et à des époques trop éloignées. L'insuccès s'explique encore par la difficulté qu'il y eut à faire prendre le remède dans les derniers jours. Peut-être aussi le lavement d'eau-de-vie a-t-il été plus défavorable qu'utile.

Dans l'observation VIII, même diminution des accidents sous l'influence du chloral. « L'action, dit M. Guyon, était très remarquable,

presque instantanée, et l'amélioration se soutint assez longten deux ou trois reprises; mais le médicament a-t-il été donné à : hautes doses? » — Cette amélioration que signale l'auteur, la cr qu'il exprime d'avoir donné trop peu de chloral, nous autorise dire que la guérison eût été peut-être obtenue à l'aide de doses considérables.

Dans l'observation IX, le chloral détermina encore la cessa momentanée des spasmes; mais, selon nous, les doses ont été i faibles. Peut-être aussi, suivant la remarque de M. Verneuil, eu pu prévenir l'asphyxie par l'application des courants continus.

Dans l'observation X, le chloral n'a pas été donné dès l'appari des symptômes, les doses ont d'abord été faibles et cependant e ont déterminé un mieux marqué. La veille de sa mort seuleme le malade a pris 8 grammes dans la journée, et le lendemain o cessé la médication. Le mode d'administration a encore lais désirer, et malgré cela, on ne peut pas dire que le chloral a inefficace.

Dans l'observation XI, l'influence exercée par le chloral est d tant plus appréciable que le malade n'en absorba pas une gra quantité, ce qui n'empêcha pas les symptômes tétaniques s'amender considérablement. Le 9 avril, la résolution était co plète, la bouche s'ouvrait largement, il n'y avait plus de crampes. lendemain, jour de la mort, on entendait des râles sous-crépita dans toute la poitrine, la dyspnée était extrême et la températ s'était élevée considérablement; nous croyons donc avec M. Mol que la malade a succombé à sa lésion pulmonaire et que, sans c complication, la terminaison eût probablement été heureuse.

Dans l'observation XII, les premiers spasmes apparaissen 8 juillet et le chloral n'est donné que le 10. A partir de ce jour, il vrai, des doses assez fortes sont administrées régulièrement. amélioration de courte durée survient à plusieurs reprises et malade finit par succomber. Nous ferons remarquer que les b semblent avoir été défavorables; le refroidissement, qu'il n'est toujours facile d'éviter en pareil cas, a peut-être été la cause dé minante des accès violents.

Dans l'observation XIII, le chloral détermine une améliora progressive, et le 16 juillet, la contraction ayant presque compl ment disparu, on abaisse la dose; alors survient une céphala intense et le 18 le trismus et l'opisthotonos reparaissent. On repr alors la dose habituelle (10 grammes) et les accidents cessent nouveau. Le 24 juillet, la guérison était certaine.

Dans l'observation XIV, une détente immédiate succède à l'emploi méthodique du chloral. Le 20 juillet, légère recrudescence dans les symptômes, alors que la veille le malade n'a pris que 4 grammes de chloral; mais trois jours plus tard on constate un mieux marqué et bientôt la cessation complète des accès convulsifs.

De l'analyse de ces faits, il résulte que le chloral a constamment produit une amélioration notable, que dans tous les cas on a vu les spasmes diminuer ou même cesser complètement sous son influence, et que probablement on eût obtenu un plus grand nombre de guérisons si le médicament eût été administré dès le début de la maladie à doses suffisantes et d'une façon méthodique.

Nous ajouterons que jusqu'à présent aucune médication n'a donné d'aussi beaux résultats, résultats d'autant plus encourageants que l'expérience permettra, dans l'avenir, d'éviter les tâtonnements et d'administrer d'emblée des doses suffisantes.

Nous répétons que le mode d'administration du chloral a une importance capitale et qu'il est indispensable de suivre la méthode de M. Verneuil, c'est-à-dire de donner des doses successives jusqu'à l'arrivée du sommeil et la cessation des accès convulsifs.

Obs. I. — (Voir p. 100).

Obs. II. — *Plaie de l'œil. — Tétanos. — Chloral et morphine. — Guérison* [1].

Jeune homme de vingt-six ans, entré le 16 mars à l'hôpital de Lausanne pour des blessures multiples causées par l'explosion d'une mine survenue le 9 mars. Destruction de l'œil droit. Perforation de l'œil gauche. Légères plaies au bord interne de la main gauche, sans lésion importante. Phlegmon sans gravité du poignet droit. On ne s'occupait plus que des lésions oculaires, lorsque le 24 mai le blessé accuse un peu de difficulté à avaler.

Le lendemain 22, trismus très prononcé, flexion des doigts de la main gauche. 12 grammes de chloral sont administrés. Sommeil.

1. Dufour, *Bull. Soc. de chir.*, 11 mai 1870, p. 171. — Dans cette séance, M. Verneuil a communiqué, de la part de l'auteur, médecin adjoint à l'hôpital de Lausanne, une note concernant *trois cas de tétanos traités par le chloral*.

Dans deux de ces cas, dont il n'est fait du reste qu'une simple mention, il s'agissait de tétanos suraigu terminé rapidement par la mort, avant que le chloral ait pu agir efficacement. La troisième observation, donnée en détail, est relative à un tétanos à marche lente, et qui a guéri.

Amélioration évidente, écartement double des mâchoires, doigts plus mobiles; le soir, le spasme reprend son intensité.

Pendant cinq ou six jours, la dose quotidienne de chloral s'élève à 8 grammes. Contracture du dos et de l'abdomen, irritabilité réflexe faible.

Le 30, la dose de chloral ne produisant plus d'effet hypnotique, on la porte à 16 grammes.

Le 4, affaiblissement du malade. On prescrit 2 centigrammes de morphine qui agissent favorablement.

Le 7, la morphine n'agit plus. Les crampes tétaniques reviennent plus fortes; on cesse le médicament.

Du 10 au 13, irritabilité réflexe excessive. Le moindre choc amène une crampe des muscles du dos et des bras. On prescrit de nouveau 12 grammes de chloral. Le malade s'endort. La raideur diminue progressivement et cesse complètement du 5 au 20, un peu moins d'un mois après le début des accidents tétaniques.

Malgré le développement du tétanos, les plaies de la main s'étaient régulièrement cicatrisées. Elles étaient fermées dès le 30 mars, sauf une, qui ne guérit complètement que le 7 avril. Les cicatrices conservèrent pendant une dizaine de jours une coloration rouge très foncée.

Le malade regagne son pays le 26 avril.

OBS. III. — *Tétanos traumatique guéri par le chloral et les courants continus*[1].

Homme, cinquante ans, blessé le 16 février à la main gauche, par une scie circulaire qui avait ouvert l'articulation de la première avec la deuxième phalange du pouce, et légèrement entamé le côté interne de l'index.

Pendant dix jours, ce malade ne ressentit rien de particulier; mais le 26 février, à la suite de l'application sur la plaie d'une substance irritante, il fut pris de trismus et de douleurs le long de la colonne vertébrale. Ces phénomènes augmentant, il consulta le Dr Lavaux, qui prescrivit l'application d'un cataplasme sur la plaie, et l'administration, à l'intérieur, du bromure de potassium et de l'extrait de belladone.

M. Dubreuil vit le malade le 3 mars : pouls à 120; corps inondé de sueur. Muscles élévateurs des mâchoires et des régions anté-

1. Dubreuil, Lavaux et Onimus, *Bull. Soc. de chir.*, 1870. p. 192.

rieures du cou, du thorax et de l'abdomen contractés, cependant sans vives douleurs. Pas de secousses tétaniques. La respiration se faisait par le diaphragme. Immédiatement, on prescrit l'hydrate de chloral en potion, à la dose de 6 grammes par jour. En outre, le Dr Onimus applique les courants continus descendants avec la pile au protosulfate de mercure.

Après l'administration du chloral, diminution considérable du nombre des pulsations et rémission de la contracture; demi-somnolence. Les courants continus déterminaient, au moment de leur application, une détente complète qui persistait un certain temps après, puis la contraction se reproduisait. Pendant l'électrisation, on voyait les côtes se mouvoir normalement, tandis que la contracture les maintenait immobiles.

L'amélioration obtenue dès les premiers jours persista sans changement notable jusqu'au 12 mars; le 9, l'électricité avait été supprimée. Le 12, le Dr Lavaux suspendit aussi l'administration du chloral. A onze heures du soir, passant devant la maison du malade, il entra le voir, et au moment même survint une crise caractérisée par une contracture générale et un arrêt complet de la circulation et de la respiration. Le corps se couvrit d'une sueur froide.

Le Dr Lavaux, saisissant les électrodes de la machine qu'il avait heureusement sous la main, les appliqua sur la colonne vertébrale, en portant immédiatement le courant à son maximum d'intensité. Sous cette influence, le cœur recommença à battre, une respiration stertoreuse souleva la poitrine du malade, les muscles s'étendirent. L'application du courant avait duré environ cinq minutes, et notre confrère affirme que pendant au moins une minute il n'y a eu ni battement du cœur ni respiration. La séance d'électrisation fut continuée pendant deux heures; le chloral fut immédiatement repris et porté à la dose de 8 grammes dans les vingt-quatre heures.

L'amélioration persistait et augmentait lorsque, le 18 mars, par suite du manque de chloral à la pharmacie qui le fournissait d'habitude, le malade fut privé de ce médicament. Le lendemain, la contracture reparaissait, se généralisait et envahissait les muscles des membres supérieurs et inférieurs; le pouls remontait à 110.

On administra alors 16 grammes de chloral en vingt-quatre heures; l'électricité fut continuée.

Le 20 mars, la contracture diminuait, et cette fois le mieux était définitif.

Le 2 avril, la plaie était cicatrisée, et le 13 le malade, qui habit à la Villette, allait à pied à Lariboisière faire constater sa guériso par M. Verneuil.

Obs. IV. — *Tétanos traumatique à invasion rapide, guéri pa le chloral* (Observation communiquée à la Société de médecin d'Elbeuf, par M. Bertrand).

Le 20 avril dernier se présente à ma consultation la femm Riquier, vingt-huit ans, maigre, de tempérament nerveux. Cet femme, partie de chez elle à quatre heures du matin en bonne santé a été prise à neuf heures du matin, dans l'articulation de la mâchoir du côté droit, d'une douleur qui l'empêche d'ouvrir la bouche. L trismus est tel que je ne puis introduire une spatule entre ses dent

Le matin même à quatre heures, elle s'est blessée avec la poin de son serpillon, à la partie inférieure et externe de la jamb droite, où on trouve, en effet, une petite plaie ayant à peine saign et déjà fermée.

Malgré le peu d'importance de cette plaie, je pensai avoir affai à un tétanos, commençant cinq heures après l'accident.

Me souvenant alors de l'observation de M. Verneuil, je prescriv 4 grammes d'hydrate de chloral dans 120 grammes de sirop à prendr dans les vingt-quatre heures; le lendemain matin la malade éta dans un état alarmant : rigidité prononcée de tous les muscles d corps, surtout des muscles des gouttières vertébrales. Même tris mus. Je prescrivis un grand bain et 6 grammes de chloral. L malade ne peut boire qu'à l'aide d'une cuiller.

2 mai. La journée de la veille et la nuit ont été un peu moin mauvaises, en ce sens que le sommeil, bien que souvent interromp a été un peu plus long. Le calme succédait assez rapidement l'administration du chloral. Même prescription que la veille. O est forcé de donner les boissons chaudes : le froid paraît dés gréable. Intelligence intacte; grande difficulté dans la parole.

3 mai. Même état, mêmes prescriptions, un grand bain.

4 mai. La dose de chloral est portée à 8 grammes.

5, 6, 7 mai. Même état.

8 mai. Aggravation. 12 grammes de chloral. Grand bain. L malade dort beaucoup, elle ne sort de son sommeil que po réclamer le sirop de chloral, parce que la raideur tétanique d muscles la fait beaucoup souffrir.

Du 8 au 22 mai, les symptômes suivent une marche décroissan

très peu marquée. Pendant tout ce temps, la malade a pris chaque jour 12 grammes de chloral. Enfin, du 22 au 25 mai, l'amélioration se montre franchement; la contracture des extrémités ne se montre plus qu'à de rares intervalles.

Le 23 mai on ne donne plus que 8 grammes de chloral, puis 4 grammes seulement le 26. Enfin les symptômes tétaniques ayant complètement disparu, on se contente de donner le soir un peu de sirop.

Je cesse de visiter la malade, et ne la revois que le 8 juin. Elle était levée et en train de manger avec grand appétit; elle éprouvait encore de temps en temps dans le dos, dans le bras et la jambe droite, des secousses désagréables, mais très passagères, qu'elle compare à des décharges électriques. Je conseille de prendre encore de temps en temps un grand bain. Le 20 juin, elle reprend ses travaux et prétend qu'elle a engraissé[1].

OBS. V. — *Tétanos traumatique traité avec succès par le bromure de potassium et l'hydrate de chloral*[2].

Georges B..., dix-huit ans, tombe d'une charrette, le 31 janvier 1870. — M. Denton est appelé le 16 février, six jours après l'apparition des symptômes tétaniques. Le malade est de petite taille, d'un tempérament sanguin et d'habitudes sobres. Trismus, rire sardonique et opisthotonos marqué; muscles abdominaux tendus, dos arqué. Dysphagie. Face congestionnée. Peau chaude. Pupille dilatée. Pouls à 120, petit et dur, 35 respirations. Constipation depuis deux ou trois jours. Insomnie depuis cinq ou six nuits. Plaie de mauvais aspect, à la face dorsale de la première phalange de l'index droit. L'ongle a été arraché deux jours auparavant. Dos de la main enflammé et tuméfié. Douleur le long de la face postérieure de l'avant-bras et de la face antérieure du bras jusqu'à l'aisselle. Calomel. Jalap. Lavement stimulant.

On administre la morphine et le chloroforme, tous les soirs, du 16 au 21 février, sans obtenir aucune amélioration.

On donne alors le sirop de chloral par petites doses de 3 drachmes

1. Cette observation est fort remarquable par la rapidité de l'invasion. A coup sûr, il ne s'agissait pas ici d'un tétanos à marche chronique; la malade a dû son salut à la promptitude avec laquelle M. Bertrand a posé son diagnostic et institué le traitement. Il n'en a pas moins fallu continuer le traitement pendant plus d'un mois. — A. V. 1886.

2. Edward R. Denton, *Brit. Med. Journ.*, 2 avril 1870, t. Ier, p. 230.

l'influence du chloral, la température descendit au-dessous de la normale.) Dix heures du soir, 1 drachme de chloral en potion. Pendant les vingt-neuf heures qui suivirent, la malade ressentit les effets du chloral et la température se maintint au-dessous de la normale. Au bout de ce temps, les mouvements spasmodiques reparurent et la malade refusa de prendre du chloral par la bouche. Température 99°,6. Lavement de vingt grains de chloral ; la température descend à 98°,6. En trois heures, on injecta quarante grains, mais dans les deux heures qui suivirent, des spasmes violents survinrent et la température monta à 99°,6.

10 février. — Onze heures du soir, 2 drachmes de chloral en lavement. Au bout d'un quart d'heure, relâchement des muscles et sommeil qui dure douze heures. La température est alors descendue à 98°. On redonne 2 drachmes de chloral par la même voie.

Des doses de 1 drachme et demie à 2 drachmes furent administrées dans l'espace de douze heures jusqu'au 12 février à dix heures du matin, époque à laquelle la malade se trouva mieux qu'elle n'avait jamais été depuis son entrée. Cessation des spasmes, mais grande faiblesse. Température 99°,4. Deux drachmes de chloral en lavement. Au bout de vingt-deux heures, attaque spasmodique assez violente. Administration nouvelle de chloral que l'on répète toutes les neuf heures environ jusqu'au 14 février, à une heure de l'après-midi. Quoique la dose n'ait pas été suffisante pour faire dormir la malade, elle l'a cependant calmée. Cinq heures plus tard, le 14 février à six heures du soir, apparition de spasmes violents. La malade semble très épuisée et on lui administre 100 grammes d'eau-de-vie en lavement. Une heure après, grande agitation, grand malaise, mais pas de contracture. Peau chaude. Température 100° ; pouls; 150, quarante-cinq respirations (ces accidents sont-ils le résultat du lavement d'eau-de-vie ?). On administre 3 drachmes de chloral par le rectum. Calme rapide. Résolution musculaire. Quatre heures après, sommeil paisible en apparence, température 99°,5.

Mort le 15 février, à huit heures et demie du matin.

A l'autopsie on ne constate aucune lésion importante.

Obs. VIII. — *Tétanos traumatique à marche lente. — Traitement par le chloral. — Mort*[1].

Jeanne B..., vingt-neuf ans, a eu le pouce gauche saisi dans une

1. Guyon, *Bull. Soc. de chir.*, 1870, p. 156.

mécanique. Plaie contuse de l'extrémité, intéressant surtout la face palmaire jusqu'à l'os.

Dix jours après l'accident, 4 avril, sans aucun phénomène précurseur, gêne pour ouvrir les mâchoires et douleur assez intense dans ces mêmes parties. D'abord légère, la raideur des mâchoires est allée en augmentant les trois premiers jours. A la fin du troisième jour ou au commencement du quatrième, contractures des muscles de la nuque et du dos, persistantes et accompagnées de temps à autre d'accès douloureux.

B... entra alors à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 13. A ce moment, accès de contracture revenant à de très courts intervalles, deux à trois par cinq minutes. Opisthotonos complet. Injection de quinze gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/1000. Amélioration apparente : les accès ne reparaissent plus que toutes les cinq minutes environ. Nuit sans sommeil, comme toutes les précédentes, depuis l'apparition du trismus.

A la visite du matin, au cinquième jour de la maladie, les symptômes étaient les suivants : Face rouge, violacée, impossibilité de séparer les mâchoires. Masséters durs et fortement contracturés. La malade pouvait entr'ouvrir un peu ses lèvres et articuler quelques mots. Tête renversée très en arrière. Forte contraction de tous les muscles du cou et des gouttières vertébrales, dorsales et lombaires. L'abdomen formait un plan résistant. Le thorax se dilatait difficilement, et la respiration était surtout abdominale. C'est à peine si la partie supérieure de la cage thoracique se soulevait. Pendant cet examen, plusieurs accès. Membres supérieurs et inférieurs complètement indemnes.

M. Guyon institua immédiatement la médication suivante :

1° De chaque côté des joues, une injection de douze gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 1/1000;

2° Prendre une solution renfermant 4 grammes de chloral;

3° Envelopper la malade dans une couverture de laine;

4° Mettre sur la plaie du pouce un cataplasme fortement laudanisé. L'ongle étant séparé en partie des chairs, on l'enleva complètement. Au-dessous, bourgeons charnus d'assez bon aspect et donnant une suppuration peu abondante.

Après l'ingestion de la moitié de la potion, diminution de la contracture, puis somnolence et relâchement des muscles. Trismus moindre. Persistance de l'opisthotonos. Trois heures plus tard, l'amélioration persistait, mais pas aussi nette, de sorte que les deux autres grammes de chloral furent administrés. Quelques

minutes après, sommeil profond, pas d'accès. Vers cinq heure relâchement musculaire presque absolu.

A six heures, un ou deux accès, mais dans l'intervalle les muscl restent dans le relâchement. Possibilité de soulever la tête et la porter en avant. Abdomen souple. Lassitude extrême, brisu générale, grand mal de tête.

2 grammes de chloral ramenèrent la somnolence. Vers on heures, comme la malade se trouvait assez bien réveillée, et qu'e provoquait de très légers accès en la touchant brusquement a niveau du cou, on lui donna deux autres grammes de chloral.

Nuit calme, sans soubresauts, sommeil profond.

Le 9 avril, à la visite, même état de bien-être sans contractur Écartement possible des mâchoires de $0^m,015$ environ. Le ment peut être rapproché du sternum. 2 grammes de chloral. Mêm dose à une heure. Vers trois heures, étouffement subit. Face bleu âtre. Accès; trente ventouses sèches sur le devant de la poitrin soulagement momentané. La face reste congestionnée. Somnolenc presque complète. Gémissements. Dyspnée. Râles produits par de mucosités que la malade ne peut expectorer.

Vers onze heures, asphyxie menaçante; face bouffie, presqu noirâtre; respiration assez facile, mais gros râles. Peau chaude pouls accéléré, 150. La malade ne répond à aucune question. Qua rante ventouses sèches sur la poitrine; sinapismes sur les jambes

A minuit et demi, transformation complète : plus de râles; plu de menace d'asphyxie. Grand soulagement. Nuit bonne. Somme calme vers six heures du matin.

Le 10 avril, à la visite du matin, réapparition de la contracture d cou; les autres muscles sont dans le relâchement. 1 gramme de chlor. Un quart d'heure après, assoupissement. Muscles relâchés. Ve trois heures, mieux marqué, grande envie de dormir.

Le soir, à six heures, léger assoupissement : 2 grammes de chlo ral. A une heure du matin, excitation; mal de tête; raideur dan les muscles du cou : 2 grammes de chloral.

11 avril. Jusqu'à six heures du matin, la malade s'est parfaitem trouvée; depuis ce moment, elle est excitée et a de temps à autr quelques accès de contracture : 2 grammes de chloral. Cessatio presque immédiate de la raideur. Sommeil.

Le soir, 2 grammes de chloral; à minuit, 2 autres grammes. Nui entièrement calme.

12 avril. A la visite, visage congestionné, bleuâtre. De temps en temps, accès de contracture : 2 grammes de chloral.

Constipation depuis l'entrée, trois lavements purgatifs énergiques rendus sans effet. Le soir, autre lavement, également sans effet. 2 grammes de chloral. Nuit calme, sauf quelques accès.

13 avril. Purgatif drastique, sans effet; 2 grammes de chloral. Sommeil et calme presque aussitôt après. A une heure, un peu de contracture. 1 gramme de chloral. Dans la soirée, plusieurs accès. A six heures, 1 gramme de chloral.

A huit heures, violent accès. Sinapismes sur les membres inférieurs. Le visage se décongestionne, mais quelques instants plus tard, plusieurs autres accès.

A une heure du matin, 1 gramme de chloral, avec recommandation d'en donner 1 autre gramme s'il survient des accès.

Mort subite à trois heures du matin.

La veilleuse raconte la mort de la malade de la façon suivante : Depuis quelques instants, elle se plaignait de la tête, parlait et s'agitait. Elle ne se trouvait nullement congestionnée. Puis, tout à coup, elle ne dit plus rien : elle était morte.

Obs. IX. — *Tétanos traumatique à marche rapide. — Traitement par le chloral. — Mort*[1].

J... (François), trente-quatre ans, savetier, entre dans le service de M. Le Fort, hôpital Cochin, le 27 mars 1870.

Cet homme, dont la force et la constitution ne laissent rien à désirer, et qui ne présente, dans ses antécédents, ni épilepsie, ni autres maladies nerveuses, entre dans le service pour une plaie par écrasement du pied droit par une roue de voiture.

Téguments décollés; hémorrhagie en nappe. L'artère pédieuse est écrasée, mais la plantaire externe donne d'une façon inquiétante.

Ligature de la tibiale postérieure et de la tibiale antérieure.

L'hémorrhagie s'arrête. On rapproche les téguments et on les maintient par des bandelettes.

30 mars. Gangrène des lambeaux et du gros orteil.

1er et 2 avril. L'état général paraît très bon, appétit très développé. Les tissus gangréneux se détachent. La plaie se couvre de bourgeons charnus de bonne nature : la suppuration s'établit.

4 avril. Après la visite du matin, vers onze heures, douleurs vagues du côté de la mâchoire inférieure. Gêne pour ouvrir la bouche; le soir, à la visite, le trismus, très marqué, donne à la face son

1. Le Fort, *Bull. Soc. de chir.*, 1870, p. 162.

cachet spécial; par moments, crises de contracture dans les membres. — Chloral, 5 grammes.

5 avril. Malgré le chloral, le malade a eu, au commencement de la nuit, plusieurs crises; puis il est tombé dans un assoupissement dans lequel on le trouve encore ce matin; cessation des crises de contracture. Le trismus existe toujours, quoique moins fort que la veille; point de contracture manifeste des muscles des membres; un peu de raideur des masses lombaires. — 2 grammes de chloral. T. a., 39°,2; P., 97; respir. 28. Chloral, 4 grammes pour la nuit.

Dans la journée, quelques crises de contractures dont une a fait craindre une asphyxie imminente. — T. a., 39°,2; P., 102; resp., 28. — Chloral, 4 grammes pour la nuit.

Soir. Trismus plus prononcé; contracture des muscles du cou et de la nuque, surtout du côté gauche; tête inclinée du côté et face tournée à droite.

6 avril. Sommeil toute la nuit, malgré quelques crises très faibles. L'inclinaison latérale de la tête et la rotation de la face persistent. Sueurs profuses chaudes. — P., 120; T. r., 39°5; resp., 34.

Chloral, 3 grammes, à prendre dans l'espace de trois heures. A une heure, le calme revient. Assoupissement depuis le matin, pas de secousses convulsives; au réveil, le relâchement des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure est tel que l'on peut introduire très aisément l'indicateur entre les arcades dentaires.

Vers trois heures, réveil; la contracture des muscles faciaux se prononce de nouveau. On réitère la dose de chloral.

A six heures : P., 126; insp.; 38 , T. r., 40°2. — Le malade a sué abondamment tout l'après-midi. Il se trouve le soir, sous l'influence du chloral, aussi somnolent qu'après la première dose. La respiration parait, comme la toux et l'expectoration, un peu gênée. Cependant la contracture a complétement abandonné les muscles.

A neuf heures du soir, le malade s'est un peu affaibli. La sudation excessive a amené une soif très marquée. Pouls faible, petit et très fréquent. La contracture a disparu à peu près complétement.

On prescrit une dose de chloral pour la nuit; mais le malade succombe à minuit par suite de l'augmentation progressive de la gêne respiratoire.

Autopsie le 8, à neuf heures du matin.

Examen du membre lésé. — Les ligatures jetées sur les tibiale antérieure et postérieure n'ont étreint que ces vaisseaux; les cordon nerveux qui les avoisinent sont trouvés intacts et ne présentent rie d'anormal. On ne les poursuit pas jusque dans les points où se for

mait le tissu des bourgeons charnus marquant les limites entre les parties saines et les parties gangrenées.

Cœur. — Volumineux, mou et en diastole. Plaque laiteuse sur sa face antérieure. Caillots mous dans ses cavités, dont les parois ses déchirent facilement.

Poumons. — Le droit présente le long du bord postérieur et à la partie inférieure un point de pneumonie. Mucus rosé dans les grosses bronches. A gauche, congestion hypostatique en bas et en avant, et emphysème sur le bord antérieur. Rien dans le larynx.

Foie volumineux et congestionné. Rate petite et ratatinée.

Reins congestionnés. Dans la vessie, 300 grammes environ d'une urine claire.

Cerveau. — Pie-mère cérébrale injectée à peu près partout avec la même intensité. La substance grise périphérique présente une teinte qui permet de différencier trois couches: une externe violacée, une moyenne de teinte rouillée, et une profonde teinte hortensia. Piqueté très marqué de la substance blanche. Congestion de la substance grise, des corps striés et des couches optiques. Dans le *cervelet*, un peu de congestion des lamelles périphériques. Rien dans le corps rhomboïdal, dans la protubérance ni dans le bulbe. Seulement la substance grise de ces organes est plus rosée que d'habitude, et cette teinte résiste au lavage.

La *moelle* ne présente rien d'anormal, si ce n'est un peu de dilatation de ses vaisseaux à la région lombaire et la même teinte rosée de sa substance grise[1].

OBS. X. — *Écrasement d'orteils. — Tétanos traumatique ayant duré trois jours et demi. Traitement par le chloral. — Mort. Autopsie*[2].

G..., modeleur, vingt-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 avril 1870, salle sainte Marthe, n° 49, dans le service de M. Laugier.

La veille, violente contusion du pied gauche, par la chute d'une barre de fer, ayant atteint les troisième, quatrième et cinquième orteils. Pas de fracture. Au niveau de la partie antérieure du premier

1. En présentant cette observation de la part de M. Le Fort, j'insistai sur le peu d'efficacité du chloral sur la contracture des muscles respirateurs et conseillai en conséquence, conjointement avec le chloral, l'électricité ou tout autre moyen capable de détendre ces muscles et de prévenir ainsi l'asphyxie qui tue les malades.

2. Laugier, *Bull. Soc. de chir.*, 1870, p. 196.

espace intermétatarsien, plaie régulière n'intéressant que la peau. Pas d'hémorrhagie; peu de douleur; quelques crampes dans les muscles de la jambe et du pied.

Traitement : cataplasme; repos.

21 avril. — Mortification du quatrième orteil, et des parties voisines du troisième et du cinquième.

27 avril. — A la visite du soir, gêne de la mastication. Rigidité de la mâchoire inférieure permettant au plus un écartement de 0m,01.

28 avril (matin). — Trismus. Point douloureux siégeant à la partie latérale gauche de l'épigastre. Peau moite; 37°; pouls 96.

Soir, six heures. — Même trismus. Contracture violente des muscles abdominaux, avec douleur modérée devenant très vive lorsque la contracture s'exagère; miction facile, gêne de la respiration lors des crises, qu'on provoque en découvrant ou en pinçant le malade. On observe sur les deux membres inférieurs les phénomènes suivants : la sensibilité au contact, n'est pas altérée; la sensibilité au froid est très exagérée. Des piqûres d'épingles et des pincements légers provoquent une sensation très douloureuse, accompagnée de mouvements réflexes immédiats, saccadés, limités aux membres inférieurs, et comparables à ceux qu'on obtient chez un animal sous l'influence de la strychnine. La piqûre et le pincement des autres parties du corps ne produisent pas de phénomènes analogues. Pas de rachialgie; pas de douleur à la pression des nerfs du membre lésé. Pupilles dilatées. Transpiration. T., 38°,2; P., 100.

Traitement : couvrir le malade de duvet; boissons sudorifiques; frictions avec la pommade belladonée sur les muscles contracturés; 4 grammes de chloral en potion.

A minuit, même état. Depuis l'administration du chloral, les mouvements réflexes des membres inférieurs ne se produisent plus après les excitations, bien que l'hypéresthésie persiste. Chloral, 2 grammes, soit en tout 6 grammes dans la journée.

29 avril (matin). La contracture reste limitée aux muscles primitivement envahis. Insomnie malgré le chloral; crises assez fréquentes. Transpiration. T., 38°; P., 112. Julep avec 4 grammes de chloral. Injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Onctions belladonées. Sudorifiques.

Six heures du soir. — Mieux sensible, les crises ont diminué en nombre, en durée et en intensité. Le trismus reste le même; raideur moindre des parois abdominales. L'hyperesthésie, très diminuée le matin, a disparu. Le malade a pris volontiers plusieurs bouillons et

du vin. T., 38°,8; P., 124. Chloral, 2 grammes. Injection de 0gr,01 de chlorhydrate de morphine.

30 avril (matin). Les crises ont reparu dans la seconde moitié de la nuit et continuent ce matin. Parois abdominales tendues. Pas de dysphagie ni de dysurie. T. 38°,3; P. 120. Chloral, 4 grammes. — Injection de 0gr,02 de chlorhydrate de morphine.

Soir, six heures. — Crises fréquentes. Grande faiblesse. Dysphagie. Pouls plein, mais dépressible et inégal. T. 39°,2; P. 164. Chloral, 4 grammes. Injection de 0gr,02 de chlorhydrate de morphine.

Minuit. — Sommeil assez calme. — Le malade a donc pris en tout 8 grammes de chloral et 0gr,04 de chlorhydrate de morphine.

1er mai (matin). Nuit calme. Intégrité des facultés intellectuelles, pas de somnolence, mais affaiblissement considérable; faciès abattu, narines pulvérulentes. La respiration n'a pas cessé d'être facile; la contracture des muscles abdominaux a disparu presque compèltement. Dysphagie. Pouls plein, mais dépressible, inégal, avec une intermittence de dix en dix pulsations. — T. 38°,9; P. 192. — Alimentation au jus de viande, vin de Bagnols. Pas de chloral ni d'injection hypodermique.

Le malade meurt subitement à trois heures de l'après-midi, au moment où il buvait.

Autopsie. — Rigidité cadavérique intense, limitée exclusivement aux membres inférieurs. Encéphale et bulbe sains. Système veineux du canal rachidien gorgé de sang noirâtre.

Moelle : pas de ramollissement, mais congestion remarquable de ses vaisseaux superficiels et profonds, surtout dans la partie inférieure. Les branches terminales des nerfs saphène externe et musculo-cutané ne présentent aucune lésion.

Appareil digestif : rien. Cœur : ventricules complètement vides; les deux oreillettes sont gorgées de caillots noirâtres. Un peu au-dessous de l'ombilic, rupture des deux muscles droits de l'abdomen, dont les bords sont inégalement déchirés et séparés par du sang en partie coagulé. Pas d'altération musculaire à l'œil nu.

OBS. XI. — *Tétanos traumatique traité par le chloral. — Mort.* (Observation recueillie par M. D. Mollière, interne des hôpitaux de Lyon.)

D..., religieuse, trente-six ans, entre, le 2 février 1870, au n° 10 de la salle Sainte-Philomène (hospice de Chaseaux).

Le 19 mars, opération nécessitée par une carie du calcanéum.

Anesthésie par l'éther. Incisions. On enlève, à l'aide de la gouge et du marteau, la moitié externe de l'os. Cautérisation au fer rouge. Pansement à l'eau de Pagliari.

Tout se passe avec une parfaite simplicité jusqu'au 30 mars. La température dépasse à peine 37°; les escharres se détachent et la plaie se couvre de bourgeons charnus de bonne nature. Le 30, au matin, la malade accuse de la dysphagie; depuis hier soir, raideur dans les mâchoires. — P. 120; T. a. 38°. — Pas de douleurs locales. Soir, *id.* P. 120; T. a. 38°.

31 mars. Trismus plus marqué, pas de douleurs locales. Un ganglion engorgé dans le pli de l'aine; douleurs dans les muscles de la masse sacro-lombaire. P. 120; T. a. 37°,8.

Soir. Douleurs avec élancements dans la jambe opérée, mais aucune localisation précise. P. 112; T. a. 37°,8.

1er avril. Trismus très serré. Les mouvements des muscles de la nuque sont très douloureux. Du côté du membre inférieur élancements douloureux sans siège précis. — 3 grammes de chloral. P. 104; T. a. 37°,8. — Soir, *id.* P. 104; T. a. 38°.

2 avril. Presque pas de crampes cette nuit, trismus moins serré. 4 grammes de chloral. P. 120; T. 38°,6. — Soir, même état. P. 112; T. 38°.

3 avril. Même état. Mêmes prescriptions. P. 112; T. a. 38°,8.

Soir. Trismus toujours très accentué. Quelques douleurs dans le membre opéré, non provoquées par la palpation. Raideur dans les muscles de l'abdomen. P. 138; T. a. 38°. Peu de sommeil.

4 avril. Trismus moins serré qu'hier au soir. P. 122°; T. a. 38°,4.

Soir, même état. Muscles des parois abdominales très contractés et douloureux. Rien à l'auscultation. P. 125; T. a. 38°,4.

5 avril. Les crampes sont toujours les mêmes. P. 109; T. a. 38°,4.

Soir, *id.* Même dose de chloral. P. 100; T. a. 38°.

6 avril. Crampes plus fréquentes; elles atteignent les muscles du côté opposé. P. 120; T. a. 38°,6. Soir, *id.* Le groupe des adducteurs est dur et douloureux. P. 120; T. a. 38°,8.

7 avril. *Id.* 6 grammes chloral. P. 120; T. a. 39°.

Soir. Jusqu'ici la malade avait pris assez peu régulièrement sa potion de chloral. Mais depuis ce matin elle en a absorbé 4 grammes. Pendant toute la journée, somnolence; trismus beaucoup moins accentué. Crampes moins douloureuses et moins fréquentes quand les jambes sont demi fléchies. L'air expiré a une forte odeur de chloroforme. P. 112; T. a. 38°,2.

8 avril. Sommeil profond pendant toute la nuit. La raideur de la

nuque a disparu. Les mâchoires s'écartent assez pour admettre facilement l'index, crampes moins douloureuses. P. 130; T. a. 38°,6.

Soir. Les mâchoires s'écartent assez pour admettre deux doigts. Les muscles de l'abdomen, quoique douloureux à la palpation, ne sont plus contracturés. Les mouvements du cou sont parfaitement libres. P. 130; T. a. 38°.

9 avril. Résolution complète. L'air expiré a une forte odeur de chloroforme. La malade semble être sous l'influence de l'anesthésie. La bouche s'ouvre largement. Plus de crampes, presque plus de raideur dans la région vertébrale. P. 138; T. a. 38°,6.

Soir. État comateux. P. 140; T. a. 38°. Infusion de café.

10 avril. Râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon droit. Dyspnée extrême. Collapsus absolu. Les pupilles ont cependant conservé leur mobilité. P. 160; T. a. 40°,6.

Soir. P. 160; T. a. 41°,4. Mort à quatre heures.

On n'a pu pratiquer que l'autopsie partielle. Le reste du calcanéum était sain, une zone d'ostéite d'un centimètre de profondeur environ formait le fond de la plaie. Une membrane granuleuse de bonne nature entourait les lambeaux et commençait déjà à adhérer vers les bords avec des bourgeons développés aux dépens de l'os cautérisé. Vers la partie supérieure de la plaie, tissu cicatriciel assez épais, dans lequel s'engage le tronc du nerf saphène sectionné. Les extrémités de ce tronc nerveux sont directement en rapport avec la membrane granuleuse de la plaie, dans laquelle viennent se perdre les extrémités de ses tubes sectionnés. Il y avait donc deux sources d'excitation continue sur ce tronc nerveux : la cicatrice, d'une part; d'une autre, les bourgeons charnus qui se développaient à ses dépens et qui étaient chaque jour plus ou moins excités pendant les pansements.

Quel a été le point de départ des accidents tétaniques dans ce cas? Il semble tout naturel de les attribuer à la lésion du saphène. Tout, en effet, vient légitimer cette hypothèse, et le début du tétanos, au moment même où, les eschares tombées, la membrane granuleuse bourgeonnait activement, tandis que les lambeaux se rétractaient, vient à l'appui de cette opinion. Quant à la cause de la mort, elle est difficile à préciser. Est-ce le tétanos? Cette opinion semble peu probable, car les spasmes avaient cessé, la raideur des mâchoires avait disparu, les mouvements de la nuque s'exécutaient librement. Est-ce le chloral? Est-ce une complication pulmonaire? Il est difficile de trancher la question, mais l'élévation brusque de la température semble plaider en faveur de cette dernière opinion.

OBS. XII. — *Tétanos traumatique. — Traitement par le chloral à haute dose et les bains prolongés et répétés. — Mort le quatrième jour.*

D. J..., trente-trois ans, tonnelier, entré le 1er juillet 1870 à l'hôpital Lariboisière, service de M. Cusco, salle Saint-Napoléon, n° 14. — Double fracture de l'extrémité inférieure du radius, sans plaie à droite. A gauche, plaie petite et superficielle à la partie antérieure du poignet. — Gonflement œdémateux. — Bandage contentif modérément serré, avec deux attelles, antérieure et postérieure. Ce bandage fut renouvelé tous les jours à gauche, à cause de la petite plai qui existait de ce côté.

Malade robuste et d'un tempérament sanguin; inquiet et tourmenté, parce qu'il a laissé sa femme en couches. Cependant, il v assez bien, se lève et ne présente rien de particulier. Du côté gauche douleur vive qu'on a essayé de calmer par quelques cataplasmes.

Le 7, fourmillements dans le bras gauche.

8 juillet. A la visite du matin, difficulté à ouvrir la bouche. Douleur vague dans les deux joues et derrière le cou. Les fenêtres de la salle sont ouvertes; le malade dit pourtant n'avoir point ressenti de froid. Pendant la journée, il s'enveloppe la face et le cou avec de la ouate et continue de se promener comme d'ordinaire. Il est oblig de réduire ses aliments en petits morceaux pour les introduire dan sa bouche; il avale encore bien. — Le soir, l'état est à peu près l même. Trismus un peu plus marqué. On peut encore introduire l médius entre les arcades dentaires. Déglutition moins facile. P. 7 La nuit du 8 au 9 est assez calme.

9 juillet (visite du matin). — Trismus très prononcé; impossibilit de desserrer les dents; la parole est plus gênée qu'hier. Raideur douleur vague de tension dans les régions cervicale postérieure dorsale. Rien dans la région lombaire. Plaie belle et presque cic trisée. Spasme plus considérable des muscles de la déglutitio P. 72. Grands bains prolongés. 0gr,04 d'extrait gommeux d'opium

Soir. — A cinq heures, le malade sort de son premier bain où est resté cinq heures; trismus un peu moins prononcé; difficul d'avaler moins grande; douleur de la région cervico-dorsale plus i tense; léger opisthotonos; sueurs très abondantes et généralisé Une demi-heure après la sortie du bain, 96 pulsations, respiratio fréquente, mais régulière. Le malade n'a encore pris qu'un de sa potion; il en prend une seconde.

10 juillet (matin). — La nuit a été agitée. Sueurs très abondantes; opisthotonos et trismus très prononcés. Constriction pharyngée plus grande. P. 108. Bain prolongé pendant trois heures. 3 grammes de chloral.

Soir. — A quatre heures et demie, le malade a pris toute la potion; il a été à peine calmé. Assoupissement de peu de durée. L'opisthotonos tend à envahir la partie inférieure de la région dorsale. P. 112. — Respiration fréquente, mais régulière. 8 grammes de chloral.

11 juillet (visite du matin). — Le malade a dormi une heure et demie; le reste de la nuit il a été très agité et agacé; dans le dos, les jambes et les bras passaient comme des coups de foudre. La contracture a envahi la région lombaire. Difficulté à le transporter au bain à cause de l'opisthotonos. Il a l'immobilité d'une tige rigide; posé sur les pieds, il y reste droit comme un I, mais ne peut garder cette position sans être soutenu. Depuis son entrée dans le bain, les secousses ont diminué. Pouls à 120. 8 grammes de chloral.

A la sortie du bain, véritables convulsions cloniques; le malade se soulève tout d'un coup, le corps décrit un arc de cercle, la tête et les pieds portent seuls sur le lit; cette position dure deux secondes, elle se répète toutes les minutes pendant dix minutes. Après une période de calme de cinq minutes, nouvelles convulsions cloniques et ainsi de suite. Le malade prend un second bain de cinq heures, à la suite duquel les convulsions cloniques paraissent augmenter d'intensité et de fréquence. Sueurs excessives. P. 128. 8 grammes de chloral. Nuit sans sommeil.

12 juillet (matin). — Un peu de calme. Convulsions un peu moins fréquentes. Le malade est pris de convulsions encore plus fortes, au moment où il est mis dans le bain, qui ne dure que trois heures. Le corps est toujours rigide. Convulsions répétées à la sortie du bain, au moment où on l'essuie. Suivant l'indication de M. Verneuil, le malade est placé dans une gouttière de Bonnet, soigneusement garnie de ouate. Aussitôt installé dans l'appareil, il est pris de convulsions assez intenses. Un quart d'heure après, elles avaient diminué de fréquence, en gardant toutefois la même intensité. Il faut signaler ici un fait assez curieux : en saisissant le gros orteil au moment des fortes crises et en le portant dans la flexion subite, on arrête immédiatement l'accès convulsif.

Sueurs, convulsions cloniques généralisées, dans le tronc, les jambes, les bras. La respiration n'est interrompue qu'au moment

des convulsions. Des tracés sphygmographiques pris à ce moment indiquent une légère irrégularité dans les mouvements respiratoires, qui atteignent le chiffre de 36 par minute. — P. 136. T. a. 39°, 2.

Chloral, 12 grammes. — Injections de chlorhydrate de morphine au niveau des points douloureux.

A midi et demi, le malade est pris de spasmes violents et douloureux. Intelligence intacte. Dyspnée intense; on essaye d'appliquer des ventouses sèches. A peine avait-on commencé que le patient succombe (une heure après-midi). Il n'avait pu prendre que deux cuillerées de sa potion; on avait fait deux injections de chlorhydrate de morphine, de 4 centigrammes.

Obs. XIII. — *Tétanos traumatique. — Traitement par le chloral. — Guérison.*

J. B..., quarante-quatre ans, entre le 1er juillet 1870 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Alph. Guérin.

Il se plaint de ne pouvoir écarter les mâchoires de plus d'un centimètre. Pas de douleur au niveau des condyles. Ces phénomènes sont survenus progressivement depuis neuf jours environ; le 27 juin, douleur en ceinture, qui, née dans les reins, a fini par envahir tout le rachis.

Au talon gauche petite plaie, résultat d'une piqûre faite le 15 juin, avec un fragment d'os. Cette plaie, encore sensible à la pression rend par moment la marche pénible. Adénite inguinale ancienne, non douloureuse.

2 juillet. — Muscles de la masse sacro-lombaire très tendus; opisthotonos marqué. Quand on touche le malade à ce niveau, on provoque des élancements douloureux et des contractions dans les muscles abdominaux. Rien aux membres, pas de gêne respiratoire. 4 grammes de chloral en potion.

4 juillet. — P. 84. T. a., 37°,2. Chloral, 8 grammes.

5 juillet. — P. 82. T. a., 37°,4. Chloral, 8 grammes.

9 juillet. — P. 84. T. a., 37°,6. Chloral, 8 grammes.

10 juillet. — Chloral, 10 grammes.

11 juillet. — P. 72. — La bouche s'ouvre un peu mieux, mais l'opisthotonos persiste avec les mêmes élancements douloureux et des contractions toniques dans les muscles abdominaux.

12 juillet. — P. 72. — Soir. P., 68.

13 juillet. — T. a., 36°,8.

14 juillet, soir. — P. 72. Céphalalgie et diarrhée; la bouche s'ouvre bien et on peut introduire deux doigts entre les arcades dentaires. La rachialgie est moindre.

16 juillet. — Amélioration très notable; contracture des muscles du dos à peine appréciable. — Chloral, 8 grammes.

17 juillet. — Céphalalgie persistante.

18 juillet. — Mâchoires plus serrées; muscles du dos tendus; l'opisthotonos a reparu; vives douleurs dans la nuit, élancements dans les reins. Chloral, 10 grammes.

19 juillet. — Le malade ouvre mieux la bouche; en passant la main sous les reins et le dos, on voit que le malade repose totalement sur le plan du lit; mais aussitôt vive douleur, la contracture apparaît dans les muscles sacro-lombaires et abdominaux; l'opisthotonos s'est reproduit après cette exploration. Chloral, 10 grammes.

20 juillet. — Diminution du trismus, plus de contracture dans les muscles sacro-lombaires et abdominaux. Plus d'opisthotonos. Chloral, 10 grammes.

21 juillet. — Même état. Chloral, 10 grammes.

22 et 23 juillet. — Même état. Chloral, 10 grammes.

24 juillet. — Les spasmes ont complètement disparu; toutefois, le malade ne peut encore se tenir debout.

Obs. XIV. — *Tétanos traité par le chloral. Guérison.*

Victor Cl., charpentier, cinquante-six ans, d'une bonne santé antérieure, vigoureux, entre le 16 juillet à Lariboisière, service de M. Verneuil, salle Saint-Augustin, n° 29. Le 14 juillet, grand effort, douleur vive dans les aines et les cuisses, qui l'empêche de se soutenir. Le reste de la soirée et pendant la nuit, les douleurs dans l'aine et dans les cuisses revinrent par accès, s'irradiant dans les jambes qui se fléchissent sur les cuisses; elles arrachaient des cris au malade. Cet état se maintint le 15 et le 16. Dans la soirée du 16, apparut le trismus; le malade fut alors transporté à l'hôpital.

Le 17 juillet, à la visite, face en sueur, congestionnée; douleur, raideur dans les côtés de la face; les arcades dentaires ne s'écartent que de 7 à 8 millimètres, douleur dans le cou sans raideur; muscles des jambes, des cuisses, de la paroi abdominale rigides, durs. De temps en temps, spasmes dans les extenseurs, plus marqués dans les membres inférieurs que dans les épaules et le cou. Accès revenant à intervalles variables, et durant cinq à six minutes. Jambes froides, violacées, livides.

On ne trouve pas de plaie, pas de traces de contusion, pas d'ecchymoses; le malade n'a pas éprouvé de refroidissement. On en est réduit, pour expliquer le tétanos, à supposer une rupture musculaire. Quand on découvre le malade, le frôlement des draps détermine des contractions réflexes. On prescrit le chloral à doses répétées de 1gr,50 environ, jusqu'à production du sommeil.

Première dose, à onze heures. Pas d'effet appréciable.

Deuxième dose, à midi. Dix minutes après, moins de douleurs; le malade ouvre mieux la bouche.

Troisième dose à midi et demie. Le malade dort jusqu'à trois heures et demie.

Quelques spasmes de temps en temps. On fait alors manger le malade et on lui administre une quatrième dose de chloral; sommeil. Dans la journée et dans la nuit, on donne en tout 12 grammes de chloral. Sueurs profuses. — Matin. T. a., 38°. Soir. 37°,5.

18 juillet. — Le malade n'a pas uriné depuis hier soir; cathétérisme. La bouche s'ouvre mieux. Les membres inférieurs sont beaucoup plus libres. Un peu de contracture de la paroi abdominale au niveau des muscles droits. Légère douleur dans les masséters soif vive.

Matin. T. a., 38°,4. Soir. T. a., 38°,2. Sueurs moindres. Le malade a pris 12 grammes de chloral dans la journée.

19 juillet. — Pendant la nuit, délire et agitation, qui ont nécessité l'emploi de la camisole de force. On apprend qu'il existe des habitudes d'alcoolisme, ce qui pourrait faire croire à une complication de *delirium tremens*. A la visite, le malade est plus calme; la rétention d'urine a cessé. Le cou et les membres inférieurs sont tout à fait libres; la paroi abdominale est encore un peu contracturée. Les arcades dentaires s'écartent d'environ 0m,02. Matin. T. a., 38°,2.

Le malade n'a pris que 4 grammes de chloral.

20 juillet. — Même degré de trismus. Raideur des membres inférieurs. Tension des muscles abdominaux. Plus d'accès convulsifs. Matin. T. a., 37°,8. Soir. 38°,2. Lavement purgatif et 8 grammes de chloral.

21 juillet. — Même état. Calomel et jalap. Matin. T. a., 38° Soir. 37°,9. Dans la journée 9 grammes de chloral.

22 juillet. — Le trismus a augmenté, 0m,01 d'écartement seulement entre les arcades dentaires. Contracture des adducteurs. Tension des muscles abdominaux. Constipation opiniâtre. Deux gouttes d'huile de croton. Matin. T. a., 38°,3. Soir. 38°,4. 8 grammes de chloral dans la journée.

23 juillet. — Même état. Matin. T. a., 38°,2. Soir. 38°,4. 6 grammes de chloral.

24 juillet. — Le trismus a diminué. Le malade ouvre la bouche assez facilement. — Diminution de la contracture dans les adducteurs et les muscles des parois abdominales. Rien dans les muscles des gouttières vertébrales. Douleur dans les aines. Matin. T. a., 38°,2[1].

CONCLUSIONS

1° Les spasmes tétaniques sont des phénomènes réflexes;

2° Ils ont toujours leur point de départ dans une excitation des nerfs sensitifs, qui détermine une exagération du pouvoir excito moteur de la moelle;

3° L'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle favorise à son tour et entretient les spasmes réflexes;

4° L'excitation prolongée de la substance grise détermine une congestion qui peut donner naissance à différentes lésions inflammatoires;

5° Les lésions médullaires, dans le tétanos, sont donc des altérations secondaires;

6° Le chloral abolit la sensibilité réflexe; il agit sur les cellules nerveuses de la moelle, dont il diminue l'excitabilité; il est l'agent le plus puissant de la résolution musculaire;

7° Son emploi est donc nettement indiqué dans le tétanos, et les faits cliniques tendent à prouver son efficacité.

1. Les observations XIII et XIV, recueillies par M. Soubise au moment de la rédaction de sa thèse, s'arrêtent avant la terminaison de la cure. Il suffira d'ajouter que la guérison a été obtenue dans les deux cas. — A. V.

En 1872, M. Le Fort communiqua à la Société de chirurgie une observation de tétanos consécutif à un écrasement de la main, amélioré momentanément par les courants continus, terminé par la mort, et au cours duquel on avait constaté une élévation de la température, tandis que celle-ci s'était abaissée au moment où la résolution avait été obtenue par l'électricité [1].

Je pris à cette occasion la parole pour soumettre à mes collègues quelques remarques sur l'évolution du tétanos et sur les causes de la mort dans cette redoutable maladie [2].

En attendant, dis-je, que la thérapeutique soit parvenue à diminuer la gravité du mal, il est bon de savoir en quoi consiste cette gravité, et j'ai observé, si je ne me trompe, quelques faits qui peuvent éclairer ce point obscur de la question.

Je pars d'un fait incontestable et inconstesté, savoir : l'élévation de la température dans les périodes ultimes de la maladie. Dans les derniers jours ou dans les heures qui précèdent la mort, il est de règle de voir le thermomètre marquer 40° et même plus. Cette ascension est du plus mauvais augure, et lorsqu'on la constate dans un cas qui jusque-là marchait favorablement, il faut d'ordinaire abandonner l'espoir de la guérison.

Ce phénomène a reçu diverses explications. On l'a attribué à l'intensité et à la généralisation de la contracture, à l'altération du sang consécutive à l'exagération fonctionnelle des muscles, à l'irritation de la moelle épinière et surtout de la partie supérieure de cet organe, à un degré plus ou moins prononcé de myélite, à l'excitation d'un foyer régulateur de la chaleur animale qu'on place arbitrairement dans la moelle allongée, etc.

L'observation au lit du malade et à l'amphithéâtre ne permet guère d'accepter ces interprétations. J'ai vu des tétaniques en état de contracture généralisée depuis quinze jours. Tout leur corps ne formait qu'une masse rigide, et cependant la température oscillait entre 37° et 38°. J'ai vu dans ces mêmes cas l'urine, quoique rare, rester tout à fait limpide, et ne point révéler une surcharge du sang par les produits de désassimilation.

1. *Bull. Soc. de chir.*, 1872, p. 481.
Ibib, p. 481 et 490.

Chez d'autres malades, morts au sixième ou septième jour avec les phénomènes les plus marqués de la maladie et avec les températures les plus extrêmes, j'ai enlevé la moelle épinière, et, pour avoir toutes les garanties nécessaires, j'en ai fait faire l'examen dans le laboratoire de mon savant collègue, M. le professeur Vulpian. Cet examen a été négatif. J'en ai conclu que les causes de l'élévation de température étaient encore à découvrir. Un fait m'a mis sur la voie d'une hypothèse nouvelle que je présente sous toutes réserves, mais sur laquelle je ne saurais trop appeler l'attention des cliniciens.

Un jeune homme était entré dans mon service pour une brûlure superficielle de la jambe gauche. Il fut traité par le pansement ouaté. La guérison marcha naturellement et j'allais renvoyer le malade, lorsque, sans cause connue, on m'annonça un matin qu'il avait un léger trismus.

L'état général était bon, et pour porter le diagnostic du tétanos, il fallait en vérité une certaine hardiesse. Je prescrivis le chloral et autres moyens appropriés. Les phénomènes marchèrent avec une telle rapidité que, vers cinq heures, moins de quinze heures après l'invasion supposée, un premier accès de suffocation se déclarait, bientôt suivi d'un second, puis d'un troisième. Appelé en toute hâte, j'arrive à neuf heures du soir et je pratique la trachéotomie, qui amène une détente presque subite des spasmes et une amélioration notable de la contracture. A la visite du matin le malade est calme, presque gai; le trismus a beaucoup diminué, la déglutition est plus facile, mais il y a de la fièvre: la température s'est élevée, et la respiration est un peu gênée. Je pratique l'auscultation et je trouve à droite, au niveau de la pointe de l'omoplate, du souffle et du râle sous-crépitant à bulles fines. Je diagnostique en conséquence une pneumonie circonscrite. Un vésicatoire est prescrit. Dans la journée la respiration s'embarrasse de plus en plus, sans toutefois qu'il y ait d'accès véritables de suffocation. La température atteint 40°, et la mort survient dans le courant de la nuit, trente heures environ après l'ouverture de la trachée.

A l'autopsie, pratiquée dans l'après-midi du jour suivant, je m'attendais à trouver une congestion pulmonaire généralisée, comme on l'observe de coutume chez les tétaniques. Aussi mon étonnement fut grand lorsque, la paroi de la poitrine étant ouverte, je vis que le bord antérieur des deux poumons avait conservé son aspect normal, sa coloration grise naturelle et la perméabilité complète de son tissu.

Mais les poumons enlevés et examinés sur la table, je constatai des lésions d'un autre ordre. Cette apparence normale n'existait que

dans le tiers antérieur des deux organes; les deux tiers postérieurs étaient denses, pesants, compacts, manifestement congestionnés; à la coupe on voyait sourdre un nombre infini de gouttelettes de mucus purulent; en un mot, nous avions affaire à une bronchite des plus intenses occupant tout l'arbre aérien, depuis la bifurcation de la trachée jusqu'aux bronches les plus ténues. Au point où j'avais, pendant la vie, reconnu du souffle, le parenchyme était plus friable qu'ailleurs; il y avait de la broncho-pneumonie.

Ainsi la mort était venue par le poumon, mais non à la manière réputée commune, c'est-à-dire à la suite de l'asphyxie; elle avait été réellement causée par une bronchite double occupant la presque totalité des deux poumons, et s'étant développée avec une rapidité exceptionnelle.

Ce cas me remit en mémoire d'autres faits, où j'avais constaté chez les tétaniques des lésions pulmonaires importantes. Chez une malade à laquelle j'avais pratiqué une trachéotomie pour remédier à des accès menaçants de suffocation, j'avais été frappé de voir, quelques instants après l'opération, la canule donner issue à une grande quantité de muco-pus provenant des bronches et révéler l'existence d'une bronchite intense, que je ne soupçonnais point et qui, sans doute, jouait un rôle important dans la dyspnée. La malade ayant guéri, je ne puis dire exactement dans quel état se trouvaient les poumons.

Deux autres fois, à l'autopsie, j'avais constaté, outre une congestion pulmonaire très forte et généralisée, des points étendus de pneumonie véritable. Mais comme les sujets, indépendamment du tétanos, avaient été atteints de phlegmon diffus, d'érysipèle et de lymphangite partant de leurs blessures j'avais attribué la lésion pulmonaire à la maladie générale septique, et non à la complication tétanique[1].

Cette interprétation n'était pas acceptable chez le jeune homme dont je viens de rapporter l'histoire, car au moment où le tétanos éclata, il était tout à fait apyrétique et n'avait jamais été fébricitant du fait de sa brûlure. Il s'était d'ailleurs écoulé si peu de temps entre le début des accidents et la terminaison funeste, et cependant les lésions pulmonaires étaient si prononcées, que je ne pus m'empêcher de croire que le tétanos avait joué un rôle prédominant dans [...]roduction.

[1] [...]i pu retrouver qu'une de ces observations, recueillie par M. Caucho[...] interne. Je la reproduis à la fin de ce chapitre.

Voici d'ailleurs un autre fait du même genre.

Plaie contuse des orteils. — Pansement ouaté. — Tétanos au huitième jour. — Traitement par le chloral. — Mort en trente-six heures.

L. T..., cinquante-quatre ans, mécanicien, de constitution robuste, sans antécédents morbides, vénériens ou alcooliques, entre le 12 janvier 1872 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 33, pour une plaie contuse par roue de voiture des deux derniers orteils du pied droit et de la région métatarsienne correspondante ; les parties molles sont seules atteintes ; pas de fracture ni de communication avec les articulations du pied. Pansement ouaté.

Pendant huit jours tout va bien ; pas de douleur ni de fièvre, le blessé ne quitte pas le lit ; on ne touche pas au pansement, donc pas d'irritation locale. Aucun écart de régime.

Le 20 janvier au matin, T... se plaint d'avoir eu pendant la nuit des crampes dans la nuque et dans la région lombaire ; contracture des muscles de la nuque et des masséters ; les mâchoires peuvent à peine s'écarter de quelques millimètres ; les membres sont libres. Le matin, température 37°,2 ; pouls 84 ; le soir 37°,6 et 92.

On prescrit un gramme de chloral toutes les deux heures jusqu'à sommeil complet ; on place le malade dans une gouttière de Bonnet garnie de ouate et lui-même est recouvert de ouate sur tout le corps. Cependant le trismus augmente, ainsi que l'opisthotonos, et la contracture gagne les muscles abdominaux.

Le lendemain se manifestent des spasmes des muscles respiratoires, on ajoute au chloral deux injections de chlorhydrate de morphine de 1 centigramme chaque. Température 38° ; pouls 128.

Malgré le traitement, suivi sans interruption, les symptômes s'aggravent, en changeant de physionomie.

Le soir, température 40°,2 ; pouls inégal, irrégulier, de 155 à 160 ; somnolence complète ; le malade a pris 12 grammes de chloral en douze heures, en tout 20 grammes depuis la veille au matin ; respiration fréquente et bruyante ; nombreux râles trachéo-bronchiques.

Quant aux muscles de la mâchoire, du cou, de la nuque, ils sont en résolution complète ; on obtient facilement l'écartement des mâchoires et la tête peut être soulevée et portée dans toutes les directions.

Mort à deux heures du matin.

Autopsie. — Poumons congestionnés, écume bronchique très abondante. Rien à noter dans les autres organes de l'abdomen et du thorax, non plus que dans le cerveau, le bulbe et la moelle.

Certes, je n'entends pas donner comme une découverte les altérations du poumon et les troubles respiratoires dans le tétanos. J'ai toujours soutenu, avec les auteurs classiques, que les tétaniques succombaient par la respiration et offraient, à l'autopsie, des lésions pulmonaires sinon constantes, du moins très fréquentes ; mais aujourd'hui je suis porté à admettre plusieurs variétés de mort par l'appareil respiratoire.

Je crois qu'on peut succomber d'abord à une sorte de strangulation par spasme laryngien, puis à une asphyxie plus ou moins rapide par contracture des muscles inspirateurs, diminuant ou empêchant l'entrée suffisante de l'air dans les poumons. La contracture des muscles expirateurs pourrait sans doute amener un résultat analogue. En tous cas, la cessation brusque des phénomènes d'asphyxie par les courants électriques continus ne peut guère s'expliquer que par l'hypothèse d'une contracture des muscles.

Enfin je pense que, dans le cours du tétanos et sous l'influence de l'irritation violente de la moelle, les poumons peuvent être pris de troubles trophiques se manifestant par le développement de lésions aiguës, inflammatoires, d'origine non mécanique, telles que bronchite capillaire et pneumonie; alors s'expliqueraient convenablement la brusque élévation de température et l'aggravation si grande du pronostic.

J'ignore ce que l'observation ultérieure fera d'une hypothèse que j'émets, du reste, avec réserve; mais dès à présent je conseille aux cliniciens de porter leur attention spéciale de ce côté, c'est-à-dire 1° de pratiquer avec soin l'exploration de la poitrine chez les tétaniques; 2° de noter scrupuleusement à l'autopsie les lésions intimes du parenchyme pulmonaire; 3° de chercher enfin la relation qui peut exister entre l'élévation de température constatée pendant la vie et les altérations du poumon après la mort.

Je reste convaincu que dans cette voie nouvelle on arrivera à des résultats intéressants.

A la suite de cette communication, M. Lannelongue nous dit qu dans un cas de tétanos suraigu, il avait trouvé des lésions des pou mons; il existait dans ces organes des noyaux hémorrhagique comme ceux que l'on observe chez les noyés. Le malade était mo asphyxié, et s'il avait pu vivre, sans doute ces lésions se seraie terminées par de la suppuration.

ta que l'asphyxie avait donné lieu à une production énorme d qu'il énonçait le fait parce qu'il avait été déjà démontr

Plaie par arrachement de la main gauche. — Tétanos au huitième jour. — Érysipèle, pneumonie. — Mort le septième jour du tétanos (Observation recueillie par M. Cauchois).

A. C..., vingt ans, mécanicien, constitution robuste, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 4, le 25 janvier 1872.

La main gauche a été prise dans un engrenage; l'index est arraché dans son articulation métacarpo-phalangienne et ne tient plus à la main que par quelques lambeaux de peau; le deuxième métacarpien est fracturé à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur; le pouce et le médius sont dénudés et contus; la peau et les muscles du premier espace intermétacarpien sont arrachés. Écoulement de sang insignifiant. Appareil ouaté montant jusqu'au coude. Température 37°,6. Dans la journée, écoulement séro-sanguinolent qui traverse l'appareil. Le soir, 38°,4. — Peu de sommeil malgré une pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

26 janvier. — Température 38°,2, quelques douleurs; on enlève le pansement ouaté. Tuméfaction modérée de la plaie; le suintement sanguin persiste, mais faiblement; bain continu dans l'eau tiède additionnée d'eau de Labarraque. — Le soir, la plaie n'est plus douloureuse, mais céphalalgie, soif, température, 39°,2.

Le 27 et le 28, le thermomètre oscille entre 38°,8 et 38°,2, le pouls reste à 104, bien que l'état local et général soit très satisfaisant.

Le 28, température 38°,5; pouls à 84; on détache avec les ciseaux l'index, le tiers inférieur du deuxième métacarpien fracturé et quelques lambeaux de peau et de tissu cellulaire sphacélés; quelques douleurs dans la journée; le soir, température 39°4 et pouls à 108.

Les deux jours suivants rien de nouveau, bien que le thermomètre reste élevé; température 39°,4 le 31 au soir.

La nuit du 31 janvier au 1er février est mauvaise; le matin le malade se plaint d'un peu de gêne dans le cou et de raideur des mâchoires. Température 38 degrés.

Le 1er février, à une heure et demie de l'après-midi, frisson violent qui dure une heure; le soir température 41°, pouls à 120. Dans la journée et la nuit le malade prend sans résultat une potion contenant 8 grammes de chloral.

Le lendemain matin, on trouve une rougeur érysipélateuse occupant toute la face interne du bras malade; le trismus se prononce davantage et la nuque est raide. Température 38°,6, le soir 39°,2;

La respiration est régulière, mais accélérée. J'assiste au réveil et je veux desserrer les mâchoires et redresser le cou qui s'est légèrement fléchi en avant. Ces attouchements provoquent aussitôt une crise violente de suffocation. C'est pourquoi, et pour des raisons que je développerai plus tard, je me décide à pratiquer sur-le-champ la trachéotomie.

L'accès cesse à peu près et la malade reprend sa connaissance. On a préparé le galvano-cautère, et un quart d'heure plus tard je procède à l'ouverture de la trachée. L'opération présentait des difficultés toutes spéciales. La malade est grasse, le col est court et légèrement fléchi en avant; je n'ose le faire étendre de force de peur de provoquer à nouveau la suffocation. Aussi je ne sens que difficilement la saillie du cartilage cricoïde et me vois forcé d'aller chercher la trachée profondément, à la partie inférieure du cou, tout près de la fourchette sternale.

Je fais à la peau une section longue de 0m,04 légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, par la faute de l'aide qui ne maintient pas exactement la tête dans l'axe du corps. La malade crie un peu sous l'action du cautère. Je creuse lentement mon sillon sans voir une goutte de sang. La graisse mise en liberté est fluide au fond de la plaie et s'enflamme, un souffle l'éteint. Je ne découvre la ligne blanche cervicale qu'à une profondeur d'au moins 0m,02.

L'aponévrose divisée, et les muscles séparés sur la ligne médiane je reconnais l'isthme du corps thyroïde saillant, convexe, volumineux, haut de 0m,02 et épais de 0m,012 au moins. Je le divise à petits coups sans perdre une goutte de sang. Les bords s'écartent d'eux-mêmes assez largement. Je promène encore de haut en bas, et très légèrement, la pointe du cautère, et enfin je distingue nettement les premiers anneaux de la trachée. Le fond de la plaie est à plus de 0m,03 de son ouverture cutanée.

Je touche avec l'index gauche le cartilage cricoïde, et je ponctionne la trachée immédiatement au-dessous; un sifflement particulier m'a vertit de la pénétration de l'air. J'introduis la pince dilatatrice, et comme l'ouverture est insuffisante, je l'agrandis par le bas avec le galvano-cautère, tout en laissant en place la pince dilatatrice. Enfin j'introduis la canule : à ce moment, et sans doute à cause de la distension forcée des bords de la plaie trachéale, nous voyons pour la première fois quelques gouttes de sang, mais rien ne tombe dans la trachée; ainsi l'opération se termine sans suffocation, sans toux, sans la moindre agitation de la patiente. Chose remarquable, la douleur

n'a été accusée qu'au moment de la brûlure de la peau, le reste de l'opération semble avoir été à peu près exempt de souffrance. La respiration a continué à s'effectuer sans difficultés et sans la moindre gêne. J'ai même été forcé, à plusieurs reprises, d'imposer silence à la malade qui parlait continuellement. L'opération a duré environ cinq minutes, à cause de la lenteur extrême avec laquelle j'ai procédé. J'évalue à 2 grammes la quantité totale du sang perdu.

Je revois la malade une heure après, elle est calme et ne souffre pas; elle est seulement incommodée par quelques efforts de toux dans lesquels elle rejette par la canule une grande quantité de muco-pus fort épais, ce qui indique que les bronches étaient remplies de ce liquide avant même l'ouverture de la trachée, et qu'il existait par conséquent, depuis une époque indéterminée, une bronchite intense.

Plusieurs fois dans la journée, la toux s'est reproduite sous forme de quintes accompagnées de suffocation, il y a eu même deux vomissement bilieux. Dans l'après-midi, accès violent de dyspnée, la face est devenue violacée, une sueur froide baigne tout le corps, bientôt suivie d'une chaleur intense ; on craint de voir périr la malade. L'expulsion du mucus a continué presque sans relâche, et pour la faciliter il a fallu maintes fois mettre l'opérée sur son séant et nettoyer la canule interne.

Le soir le calme est arrivé, peut-être sous l'influence du chloral, dont 6 ou 7 grammes ont été ingérés. La déglutition est beaucoup plus facile, le trismus a notablement diminué, la raideur de la nuque a presque disparu.

L'urine a doublé de quantité (700 grammes), elle est limpide. Le cathétérisme a été pratiqué deux fois. La température s'est élevée jusqu'à 38°, 6.

22 août. — État satisfaisant, très peu de fièvre, mais de temps en temps petits accès de dyspnée et de toux; sécrétion bronchique toujours très abondante et très épaisse. Aucune souffrance; soif médiocre, ingestion d'une certaine quantité de bouillon et de 5 à 6 grammes de chloral.

23 août. — La nuit a été très bonne, le moral est excellent, la respiration régulière ainsi que le pouls. Température, 38°,2.

Cathétérisme matin et soir, les urines cependant ne dépassent pas 400 grammes. Les règles ont paru à onze heures du matin.

24 août. — Deux petites crises de dyspnée sans gravité. Le trismus seul persiste ; tous les autres muscles sont revenus à l'état normal, mais le cathétérisme est toujours indispensable. La constipation est également opiniâtre. On n'obtient qu'avec l'aide de lavements des

selles peu abondantes. Le mucus bronchique, beaucoup diminué est moins chargé de pus. Température 38°,2.

25 août. — La nuit a été bonne, mais dans la matinée surviennen plusieurs crises de suffocation passagère; l'une d'elles est assez in tense. Nous apprenons que depuis vingt-quatre heures la malade n' pas pris de chloral. Nous insistons pour que le médicament soit con tinué à la dose d'au moins 5 grammes.

A partir de cette époque, l'amélioration progresse constamment les crises cessent; seule une toux légère persiste. Les mâchoire s'écartent de plus en plus et permettent une alimentation progressi vement croissante. La température oscille entre 37° et 38°, pour re venir enfin à la normale.

La plaie du cou a toujours eu le plus bel aspect; elle se rétrécit d jour en jour.

31 août. — On ôte la canule. La toux, pendant toute cette journée est fréquente, mais sans suffocation. La guérison ne tarde pas à s compléter. Les fonctions du larynx n'ont jamais été troublées. L voix n'a pas subi la moindre altération; un peu rauque et étouffée, ell est restée telle pendant et après la cicatrisation de la plaie du cou Malgré l'étendue de cette dernière, la cicatrice n'est point difform mais seulement adhérente à la trachée.

Pendant toute la durée du tétanos, la plaie du sein n'a pas pré senté la moindre déviation dans le travail réparateur; elle s'est cica trisée comme chez un sujet bien portant, sous l'influence des panse ments les plus simples, avec la charpie phéniquée.

Malgré son étendue, cette observation présente une lacune re grettable. Bien que notre attention ait été naturellement portée su l'état des voies respiratoires et sur la sécrétion bronchique, l'auscu tation n'a pas été assez régulièrement pratiquée; il eût été cependan curieux de suivre la marche des lésions pulmonaires.

Obs. II. — *Tétanos.* — *Dyspnée.* — *Bronchite intense.* *Trachéotomie.* — *Amélioration passagère.* — *Mort.*

Cette observation a trait à un jeune homme dont j'ai rapporté l'hi toire à la Société de chirurgie[1], pour démontrer que les lésio pulmonaires jouent un rôle considérable dans l'élévation de temp rature qu'on observe à la fin du tétanos et dans la terminaison fata de cette maladie. La trachéotomie a été pratiquée vingt-quat

[1] Voir plus haut, p. 231.

heures après le début des accidents tétaniques, à cause de l'apparition subite d'une violente dyspnée. Elle fut faite à dix heures du soir en présence de plusieurs internes de l'hôpital Lariboisière et fut d'une simplicité extraordinaire. Cette fois il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

Les phénomènes de contracture furent modifiés à ce point que le lendemain matin le trismus et le renversement de la tête avaient à peu près disparu. La mort survint cependant trente heures environ après l'opération, mais elle doit être rapportée à une bronchite très intense et envahissant à peu près les deux tiers des deux poumons. L'ouverture de la trachée portait sur les deux premiers anneaux, mais la section n'était pas exactement médiane, elle était située à deux ou trois millimètres environ sur la droite. C'est à ce propos que j'ai indiqué les précautions à prendre pour éviter cette petite faute.

Obs. III. — ***Fracture du coude. — Tétanos traumatique. Trachéotomie. — Mort.*** (Recueillie par M. Bourdon.)

Eug. Drouin, trente ans, entre le 3 octobre 1872 à Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 18. Renversé il y a huit jours par une voiture qui a fracturé l'olécrane et fait une large plaie au coude gauche, il a été, sans aucun doute, mal soigné, car le coude est encore enveloppé dans des chiffons grossiers tachés de pus et de sang.

Hier matin le malade, pris d'une certaine raideur des muscles de la nuque, ne desserrait les dents qu'avec peine. En même temps l'avant-bras du côté malade restait presque constamment fléchi. Il ne dit pas si la contracture à débuté par le membre blessé. Du reste, on n'insiste pas sur les commémoratifs, car les quelques efforts que fait le malade pour parler le fatiguent beaucoup et semblent rappeler des crises inquiétantes.

Il existe une fracture transversale de l'olécrâne gauche et une large plaie oblongue au côté postéro-interne de l'articulation. Les téguments sont décollés à une certaine distance, l'article est ouvert et communique largement avec l'extérieur. Le biceps et les muscles épitrochléens et épicondyliens sont tendus et contracturés; ces derniers forment des cordes sous la peau. L'avant-bras, en flexion complète sur le bras, ne peut être ramené dans une demi-flexion que par moments et au prix d'assez vives douleurs. Les dents sont serrées et le trismus ne peut être vaincu. La tête est modérément étendue, mais ce léger opisthotonos augmente pendant les crises successives. Le moindre attouchement, le plus petit effort pour articuler quelques

mots, produisent une crise pendant laquelle E... serre les dents à les briser et se renverse en arrière en se cramponnant de la main droite à son lit; en même temps l'avant-bras du côté blessé se fléchit fortement et la respiration s'embarrasse au point qu'il y a cyanose et menace d'asphyxie complète. La température dans l'aisselle est de 38°,4, mais la fréquence des crises fait que le thermomètre ne peut rester plus de cinq minutes en place, aussi ce résultat ne peut-il être considéré comme exact.

On applique sur le coude un pansement ouaté et on prescrit le chloral à haute dose : le malade en prendra d'abord 4 grammes et les doses suivantes seront administrées à intervalles rapprochés jusqu'à produire un certain degré d'hébétude.

On cherche à faire avaler la première partie de la potion en laissant tomber le liquide dans le vestibule de la bouche, mais aussitôt survient une crise; le malade se tord sur son lit, les groupes musculaires atteints se contractent violemment, l'épigastre se creuse et sans doute les muscles de la glotte contracturés ferment tout passage à l'air. A la période d'agitation succède rapidement une période d'immobilité tétanique, pendant laquelle le malade s'asphyxie la respiration est totalement suspendue. Pour tenter la trachéotomie qui seule semble pouvoir sauver le malade en admettant que le diaphragme ne soit pas aussi contracturé, on court chercher les instruments, mais au bout de deux ou trois minutes, la sœur annonce que la mort vient de survenir. Il n'en était rien cependant; la crise avait cessé, la respiration s'était rétablie et le malade était en demi somnolence.

Convaincu que de nouvelles crises se reproduiraient, et que l'une d'elles serait mortelle, je me crus autorisé, à l'exemple de M. Verneuil, et sans me faire illusion sur l'incertitude du succès, à pratiquer la trachéotomie. Celle-ci fut faite avec le galvano-cautère, en présence de plusieurs internes de l'hôpital.

Dans la crainte de provoquer une crise en renversant la tête en arrière, on opéra le malade dans la position qu'il occupait, c'est-à-dire dans le décubitus dorsal, le cou à peine étendu. L'opération n'offrit aucun incident : l'incision de la peau et des parties molles se fit sans une goutte de sang; on arriva sur la trachée par une plaie très profonde, à cause de l'extension imparfaite du cou et du peu d'espace qui séparait le cartilage cricoïde de la fourchette sternale; on l'incisa pour ainsi dire derrière le sternum, et malgré cela, on en distingua nettement les anneaux. Le second temps fut un peu long, car au lieu de perforer un espace intercartilagineux, on ess

d'user les cartilages d'avant en arrière avec le couteau galvanique. La trachée ouverte, on introduisit la pince dilatatrice avec la plus grande facilité, mais il fallut débrider par en bas un des anneaux, afin de placer une canule plus large que celle dont on avait d'abord fait choix. Ce débridement fut fait avec le bistouri, la pile ayant ét retirée de l'auge qui contenait le liquide. L'incision de la trachée ne produisit ni toux ni suffocation, l'air s'échappant sans bruit par la fente trachéale.

Il ne *s'écoula pas une goutte de sang* pendant l'opération.

La tentative sembla d'abord réussir, car dans l'heure qui la suivit, le malade respira plus librement et accusa par geste un grand bien-être; malheureusement de nouvelles crises survinrent, quoiqu'il n'y eût plus d'obstacles à l'entrée de l'air de la trachée, et le malade mourut dans la soirée.

Autopsie. — Les deux poumons, friables et gorgés de sang presque dans leur totalité, contenaient de nombreux noyaux apoplectiques.

La trachée avait été divisée exactement sur la ligne médiane, au-dessous du premier anneau; la section avait porté sur les deuxième, troisième et quatrième cerceaux cartilagineux.

« Dans ces trois cas, dit M. Bourdon, nous ne pouvons compter qu'un succès. Il y aurait lieu d'examiner ici la trachéotomie non plus au point de vue opératoire, mais en médecin et en physiologiste, pour décider si oui ou non, il convient d'ouvrir les voies aériennes dans la terrible maladie à laquelle nous faisons allusion. Ce n'est pas d'aujourd'hui que cette tentative a été faite; mais l'expérience n'a pas encore prononcé. Ce que nous pouvons dire avec assurance, c'est que dans les deux cas où la trachéotomie s'est montrée impuissante, elle n'a certainement pas aggravé l'état des malades. Chez l'un d'eux même (Voy. obs. II) le soulagement a été immédiat et a duré jusqu'à la mort.

» Les difficultés inhérentes à la pratique de l'opération chez l'adulte n'ont pas permis aux chirurgiens d'expérimenter sur une large échelle les effets de la trachéotomie chez les tétaniques. Aujourd'hui que l'ouverture de la trachée paraît être plus facile et plus innocente, on pourra multiplier les faits et acquérir une conviction. Nous sommes persuadé que lorsque le danger de la suffocation tiendra à des spasmes laryngiens, la trachéotomie rendra des services, mais en revanche elle sera insuffisante quand la dyspnée aura pour cause une altération du parenchyme pulmonaire et ne sera pas purement mécanique.

» M. Verneuil pense, d'après certains faits encore peu nombreu mais bien observés, que l'asphyxie n'est pas le seul phénomèn morbide dont l'appareil respiratoire devienne le siège dans l tétanos; il croit que les poumons s'enflamment spontanément ou d moins sous l'influence de l'état dans lequel se trouve la partie sup rieure de la moelle épinière. Cette phlegmasie pulmonaire sera une des causes principales de la mort et expliquerait l'élévatic brusque de la température dans les dernières phases de la maladi

» Ces idées, M. Verneuil le reconnaît lui-même, ont besoin de coi firmation, mais il nous semble qu'elles ouvrent des voies nouvell à l'étude de la plus terrible des complications traumatiques ».

M. le Dr Robuchon, médecin distingué de l'île d'Yeu, a adres à la Société de chirurgie, en août 1885, une intéressante obse vation de tétanos qui se rapproche de la précédente par ce fait qu à un moment donné, l'ingestion des liquides et la déglutition pı voquaient des crises terribles de suffocation. Il fallut administrer chloral en injections sous-cutanées; peut-être la trachéotomie et elle rendu quelque service.

Nous donnons ici un résumé de ce fait, qui a été honorableme déposé dans les archives de la Société.

Écrasement de la troisième phalange du petit doigt. — Tétan à marche rapide. — Ingestion impossible des liquides. Mort.

G.., conducteur de travaux, trente-huit ans, constitution robus sans antécédent pathologique grave, a l'extrémité du petit do écrasé par une grosse pierre le 25 juillet 1885. Pansement occlu avec les bandelettes de diachylon. Inflammation, douleurs viv au bout de quarante-huit heures G... arrache l'appareil qui n'a pas encore été renouvelé. On fait alors quotidiennement des pulvé sations phéniquées, suivies d'un pansement sec.

Le troisième ou le quatrième jour, lymphangite du doigt, de main et du bras avec traînées rougeâtres jusqu'à l'aisselle, qui le siège d'une légère adénite; pansement habituel, onctions mer rielles sur le membre; malgré un état fébrile assez intense et des d leurs vives, le malade continue ses occupations jusqu'au 1er août

ans la matinée de ce jour, apparaissent les premiers symptô anos : trismus et raideur du cou, qui augmentent un pe

lendemain. La plaie formait un lambeau pendant, recouvert d'une sanie fétide; les parties mortifiées venaient de se détacher.

Le malade prit le lit seulement trente heures après l'invasion du tétanos, le 2 août, vers deux heures de l'après-midi.

M. Robuchon ne fut appelé auprès du malade que le 3 août à six heures du soir, après la première grande crise convulsive.

Tête légèrement renversée en arrière, dents serrées au point de ne plus permettre que l'introduction d'un biberon en verre; voix claire et bien articulée, intelligence nette; un peu de dysphagie. Temp. 38°; pouls 125; pupilles dilatées. Transpiration abondante, raideur tétanique du cou et de la colonne vertébrale, légères secousses convulsives de loin en loin.

La gangrène a envahi la seconde phalange dont la tête est dénudée; plaie de belle apparence mais sans trace de cicatrisation. On la panse avec des cataplasmes.

Un lavement de chloral a été donné le matin; on en administre un second. On prescrit : immobilité, silence, obscurité; potion contenant 8 grammes de chloral, à donner par cuillerées à bouche d'heure en heure. Bouillon, vin, tisane.

Nuit assez bonne; secousses convulsives très éloignées et peu douloureuses; le malade dort sous l'influence du chloral.

Le 4, à sept heures du matin, Temp. 37°,8; pouls, 110. Raideur tétanique moins prononcée; alimentation plus facile; lucidité et excitabilité plus grandes : transpiration moins abondante; tête chaude, face congestionnée; sinapismes aux membres inférieurs; selles abondantes qui semblent soulager le malade. Temp. 38°,5; pouls 125 à 130.

Vers quatre heures, réapparition des sueurs profuses; à six heures, le malade refuse le chloral qui a été continué jusqu'alors; les autres liquides ne sont que très difficilement avalés. Les crises convulsives et la dysphagie augmentent à partir de huit heures. Lavements impossibles; injections de chloral au tiers. Le calme revient jusqu'à minuit, mais fait alors place aux crises qu'on apaise avec deux injections de morphine.

Le 5, de six à neuf heures, quatre injections de chloral et une de morphine; calme; injections de chloral à dix heures et à onze heures. Temp. 39°; pouls 130.

Soif très vive; on provoque, en soulevant le malade pour le faire boire, une crise convulsive violente, de quinze à vingt minutes; néanmoins G... essaye de se servir d'un biberon; mais à peine quelques gouttes de liquide ont-elles touché l'isthme du gosier, que

surviennent des symptômes d'asphyxie foudroyante; mort apparente pendant deux ou trois minutes. Après un moment de bien-être, les crises convulsives reparaissent de plus belle; on ne peut plus laisser couler une goutte de liquide dans la bouche sans que la déglutition n'excite des secousses musculaires terribles. Injection de chloral d'heure en heure. Temp. 39°,5; pouls 140. Tous les muscles sont en raideur tétanique, sauf ceux des membres, de la poitrine et de la partie antérieure du cou; secousses moins longues mais plus fréquentes. De cinq heures et demie à une heure et demie du matin, après deux injections de morphine, sommeil.

La contracture diminue un peu, mais la température et le pouls augmentent; à cinq heures : temp. 41°; resp. 55; pouls irrégulier, très précipité, incomptable. Mort à six heures.

RAPPORT SUR LES MÉMOIRES DE MM. BOURDY (DU MANS) ET BLAIN (D'ÉPERNAY) RELATIFS A QUELQUES CAS DE TÉTANOS TRAITÉS PAR LE CHLORAL ASSOCIÉ A LA MORPHINE[1].

Tétanos traumatique. — Traitement mixte par le chloral et les injections de morphine. — Guérison.

L..., serrurier, vingt-neuf ans, habitudes alcooliques, fait dans la nuit du 29 janvier, étant ivre, une chute d'où résultent deux plaies à la partie postérieure de la tête. Ses camarades, pour arrêter l'hémorrhagie, lui mettent la tête pendant une demi-heure sous le robinet d'une fontaine et le couchent ensuite dans son lit.

Le surlendemain, 31 janvier, L... accuse de la raideur dans la mâchoire et dans le cou. Le 1er février tout le tronc et les membres sont envahis. Les plaies ne saignent pas, mais leur pourtour est enflammé et tuméfié; il y a du délire et des convulsions assez fréquentes. La face est pâle, la salive ne peut s'écouler : on administre 8 grammes d'hydrate de chloral en deux doses. Le soir on écarte légèrement les mâchoires avec un coin de bois, ce qui permet l'ingestion d'un peu de bouillon et de vin, et l'issue de la salive.

Le 2 et le 3, le tétanos augmente, le malade est en opisthotonos ; les dents sont enfoncées dans le coin de bois ; pas de selles depuis le 29. Une once d'huile de ricin reste sans effet. L'urine est rendue assez facilement.

On associe aux 8 grammes de chloral 4 centigrammes de morphine à l'intérieur, et deux injections sous-cutanées de ce même médicament, de 3 centigrammes chacune.

Malgré cette médication énergique, le tétanos continue presque sans changement jusqu'au 12 ; il y a de la constipation et du ténesme anal. L'huile de ricin et les lavements produisent peu d'effet. Le 13 l'amélioration survient. Les mâchoires s'ouvrent un peu et, après les injections de morphine, le malade peut porter lui-même à sa bouche une tasse de bouillon ou de lait qu'il avale sans trop de peine.

Le 15, on cesse les injections hypodermiques, mais on continue le chloral à la dose de 10 grammes et la morphine à la dose de 3 cen-

1. J'ai lu ce rapport à la Société de chirurgie dans la séance du 10 juin 1874. Voir le *Bulletin*, p. 337.

tigrammes. La constipation persiste jusqu'au 18. Ce jour-là la mère du patient extrait du rectum à l'aide d'une petite cuiller une forte quantité de matières fécales durcies; il en résulte un grand soulagement.

Du 19 au 25, le tétanos se dissipe progressivement, mais les dernières traces de contracture ne disparaissent que le 3 mars. On réduisit alors le chloral à 6 grammes par jour et la morphine à 2 centigrammes; quelques bains de vapeur furent également administrés dans cette dernière période.

La quantité totale du chloral administré pendant cette crise a été 228 grammes. On a donné tant à l'intérieur que sous forme d'injections hypodermiques 1gr,82 de morphine. Pendant le traitement on a fait boire du vin coupé d'eau alcaline pour favoriser la transformation dans le sang même du chloral en chloroforme.

M. Bourdy demande si ce cas peut être rangé parmi ceux qui guérissent seuls, et si le traitement n'a pas eu l'honneur de la cure. Il répond par la négative. Il fait remarquer que le tétanos a débuté de très bonne heure, trente-six heures à peine après la blessure, qu'il a rapidement acquis une grande étendue et une vive intensité, et enfin qu'il a duré trop longtemps pour qu'on puisse dire qu'il s'agissait là d'une attaque faible. Il croit fermement qu'abandonné à lui-même ou traité plus tard ou moins vigoureusement, le malade eût inévitablement succombé. Il est difficile sans doute, dans l'association médicamenteuse mise en usage, de faire la part exacte du chloral et de la morphine. Le premier avait à lui seul atténué déjà les symptômes, mais la seconde a paru prolonger et aider l'action résolutrice. M. Bourdy croit donc utile de réunir les deux agents[1].

Le mémoire de M. Blain se compose d'observations et de commentaires d'un intérêt incontestable.

L'auteur ne propose aucun moyen thérapeutique nouveau. Il se contente du chloral, mais il insiste pour qu'on reconnaisse à temps l'imminence du tétanos, pour qu'on soupçonne son invasion avant le développement des symptômes caractéristiques; enfin pour qu'on commence plus tôt le traitement.

D'après lui, si l'on porte le diagnostic de bonne heure, et qu'on administre immédiatement le chloral, on a chance de modérer le

1. On verra dans la suite que j'ai adopté cette combinaison médicamenteuse. — A. V. 1886.

..al, d'entraver sa marche, de métamorphoser la forme aiguë en forme chronique, et d'arriver ainsi plus aisément à la guérison

Telle est l'idée principale du mémoire. Permettez-moi tout d'abord d'y donner mon adhésion formelle. J'insiste depuis bien longtemps sur ce fait que le trismus, qu'on regarde d'ordinaire comme le symptôme initial du tétanos, est, dans un grand nombre de cas, précédé par des phénomènes qui, sans être pathognomoniques, sont pourtant de nature à faire prévoir le danger. Appelé plusieurs fois, pendant le siège de Paris, auprès de tétaniques qu'on me disait atteints depuis quelques heures seulement, j'ai pu constater, par un interrogatoire attentif, que déjà, la veille ou l'avant-veille, le membre blessé avait été envahi par des douleurs fulgurantes et pris de secousses convulsives passagères ou de spasmes musculaires à marche centripète. Ces prodromes n'avaient point éveillé l'attention et, en tout cas, n'avaient été combattus par aucune médication particulière.

C'est un signe précisément analogue que M. Blain vient à son tour mettre en relief; il s'agit d'une douleur, lancinante, atteignant vite sa plus grande intensité et durant peu, s'irradiant dans le membre tout entier, et succédant soit à des pansements, soit à des violences directes exercées sur la plaie.

M. Blain ne prétend pas être le premier à signaler le phénomène en question, car plusieurs auteurs déjà ont dit qu'aux approches du tétanos et à son début la plaie devenait douloureuse, et il cite une observation de Roux dans laquelle la maladie, née à la suite d'une ligature de la fémorale, fut précédée de vives douleurs dans la cuisse. Mais il croit avoir mieux précisé l'origine et la valeur pronostique particulière du symptôme. Toujours est-il qu'ayant observé la douleur susdite dans des conditions spéciales que nous allons faire connaître, il a pu prévoir dans un cas l'invasion prochaine du tétanos et commencer aussitôt un traitement qui fut couronné de succès.

D'ailleurs M. Blain n'est pas guidé seulement par des vues théoriques; il s'appuie, au contraire, sur une série de quatre observations; les premières lui ont ouvert les yeux, la dernière a consacré son opinion; donc, au point de vue scientifique, l'information a été dirigée de la façon la plus légitime.

Au reste, je ne saurais mieux faire que de rapporter sommairement les faits recueillis par notre confrère.

Obs. I. — R..., vingt-deux ans, a été blessé le 19 septembre 1870,

au combat de Châtillon; le pied gauche a été emporté par un obus. La plaie, qui n'a reçu aucun pansement, est assez régulière, aussi se contente-t-on de lier l'artère tibiale antérieure d'où s'échappait à chaque systole cardiaque quelques gouttes de sang. Pansement à l'alcool.

Le 2 octobre, état excellent, plaie bien détergée, en bonne voie de suppuration, les os se recouvrent de bourgeons; il ne restait qu'une eschare au niveau de la ligature, qui tenait encore. Une légère traction suffit pour détacher le fil; néanmoins le blessé accusa sur-le-champ une douleur très violente qu'on ne put expliquer qu'en supposant un tiraillement du nerf tibial par la pince à pansement.

Dès le lendemain, raideur douloureuse à la nuque et trismus; mort le 5 octobre malgré les injections hypodermiques avec le chlorhydrate de morphine (10 centigrammes par jour).

Obs. II. — L..., dix-neuf ans, garde mobile, atteint, le 19 janvier 1871, d'un éclat d'obus à la partie antéro-interne et moyenne de la cuisse droite, le fond de la plaie reposant sur la gaine des vaisseaux fémoraux. On panse avec des cataplasmes. La suppuration s'établit promptement, et le 28 les granulations étaient vermeilles, sauf en un point profond où une eschare grisâtre flottait dans le pus. Cette eschare fut saisie avec des pinces et extraite; si légère qu'eût été la traction, elle provoqua une douleur très aiguë qui fut attribuée vraisemblablement à un tiraillement du nerf saphène interne, en rapport en ce point avec l'artère fémorale dénudée.

Le lendemain, à la visite, on constate une contracture des adducteurs; le soir même, des douleurs dans le dos et la nuque, un commencement d'opisthotonos et de trismus, des secousses douloureuses dans les membres. Mort le 31 janvier, en dépit de la sédation procurée par le chlorhydrate de morphine.

La quasi-identité des deux faits précédents fit penser à M. Blain qu'il y avait une relation entre les douleurs du pansement et ces contractures tétaniques survenues dès le lendemain. L'hypothèse fut bientôt éclairée par l'observation suivante.

Obs. III. — La femme X... eut, le 20 avril 1871, le pied droit arraché par un éclat d'obus; le tibia lui-même fut fracturé au tiers inférieur. Amputation à cinq travers de doigt au-dessus des malléoles. Réunion immédiate avec des bandelettes de diachylon. Le lendemain, le moignon est douloureux, on défait le pansement et

l'on trouve la manchette un peu pâle. La gangrène ne put être évitée. Comme, dès le 24, l'odeur incommodait la malade, on voulut exciser la plus grande partie de l'eschare. Mais, trompé par l'aspect de la peau au niveau du nerf saphène interne, on alla avec les ciseaux jusqu'au vif. La malade accusa une douleur plus intense qu'on n'aurait pu le supposer, et qui se prolongea quelques heures. Cataplasmes laudanisés et, le soir, 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le lendemain matin, difficulté dans la parole, langue raide et s'appliquant involontairement contre la voûte palatine. Dans la journée, apparition du trismus. On pratique des injections hypodermiques de morphine, et, à l'intérieur, on donne 4 grammes de chloral. Vingt-quatre heures plus tard, contracture des muscles respirateurs. Cyanose. Mort.

Cette fois, le doute n'était plus permis. M. Blain était définitivement éclairé. C'est alors qu'il observa son quatrième fait.

Obs. IV. — B..., cinquante-quatre ans. Un éclat d'obus a, le 13 mai, fracturé la clavicule gauche à sa partie moyenne. Plaie de 5 centimètres. Le 15, on applique un appareil qui permet de panser avec des cataplasmes. Le 21, suppuration abondante dans laquelle flottent des esquilles à peine adhérentes au périoste. Les deux premières sont enlevées sans douleur; mais lorsqu'on attire la troisième, qui n'était pourtant ni volumineuse ni plus adhérente, le blessé accuse une très grande souffrance. Peut-être cette esquille était-elle en rapport avec quelque filet du plexus cervical ou même traversée par l'un d'eux. Toujours est-il que la sensation douloureuse fut intense.

Instruit par les faits antérieurs, M. Blain prit les devants, et dès le soir fit avaler une potion avec 2 grammes de chloral. Le lendemain 22, dysphagie, douleur dans les mâchoires; dans la journée, trismus, raideur de la nuque, augmentation de la dysphagie; quelques sueurs; 4 grammes de chloral.

Le 23, opisthotonos, gêne considérable de la respiration : 7 grammes de chloral dans cette journée. En outre, le malade fut couvert le plus possible, pour être à l'abri du refroidissement, d'autant plus à craindre que le corps était continuellement couvert de sueurs et que la chambre n'avait plus de carreaux. Le 24, sous l'influence de 8 grammes de chloral, les mâchoires s'entr'ouvrirent, la dysphagie diminua, et les muscles de la nuque se relâchèrent.

Le 25, même dose du médicament. Le trismus disparaît presque. L'opisthotonos n'existe plus.

Le malade, se croyant guéri, se découvre imprudemment; le lendemain, il accuse un point de côté, et l'on reconnaît une pneumonie, qui amène la mort le 3 juin. Mais il faut noter que, dès le 27, toute contracture, tout symptôme tétanique avaient disparu; aussi le chloral avait-il été supprimé à cette date.

M. Blain ajoute à son récit les réflexions suivantes :

La douleur, au moment du détachement artificiel des eschares, peut se produire pendant le pansement des plaies ordinaires, des plaies contuses et des plaies d'amputation. Elle résulte du tiraillement des nerfs, ce qui justifie le précepte, dans les amputations au moins, de réséquer les nerfs le plus haut possible, pour éviter leur irritation pendant les pansements. S'il y a une eschare au voisinage d'un nerf, il est préférable de la laisser se détacher spontanément.

La douleur indique un travail irritatif du côté de la moelle, qui peut bientôt donner lieu à des décharges convulsives. Elle annonce aussi le tétanos dans certains cas.

Le chloral administré à ce moment peut, sinon faire disparaître l'irritation médullaire et ses conséquences, du moins diminuer l'excitabilité, retarder la marche du tétanos, et lui faire prendre une allure moins aiguë, plus chronique et, par conséquent, plus curable.

Le travail de M. Blain, malgré sa modeste apparence, me semble avoir une portée considérable, étant de nature à éclairer les causes et le mode de production du tétanos.

Dans une telle maladie, imprévue presque toujours et incurable le plus souvent, nos recherches devraient être dirigées sans relâche vers l'étiologie et la pathogénie; ne pouvant que bien rarement guérir, nous devrions au moins prévoir et prévenir. Malheureusement, dans l'état présent de la pratique, nous nous laissons d'ordinaire surprendre par l'ennemi. Nous vivons dans la quiétude ou nous guettons d'autres dangers, lorsqu'un beau matin nous constatons l'apparition du trismus et les signes d'une excitation médullaire excessive. Alors, préoccupés surtout du pronostic, nous nous enquérons à peine des causes occasionnelles ou déterminantes; et nous instituons à la hâte un traitement plus ou moins énergique, dans lequel nous associons un peu à l'aventure, et suivant l'inspiration du moment, des agents parfois antagonistes.

Nous nous attendons d'avance à un revers, et la mort nous paraît si naturelle que nous ne prenons pas même les observations des in-

succès. De temps en temps néanmoins, nous guérissons, ou, si l'on veut, le malade se sauve sans que nous sachions exactement ni pourquoi ni comment, et sans que nous puissions nous en attribuer légitimement le mérite plutôt qu'aux forces de la nature.

Le cas terminé, nous retombons dans l'indifférence, nous promettant à la première occasion d'employer les mêmes moyens, si par hasard ils semblent nous avoir réussi, ou d'essayer d'autres médicaments si nous avons échoué.

Sceptiques, indécis et résignés, voilà, si je ne me trompe, où en sont les praticiens pour la plupart. Quelques-uns cependant, et je me range de leur côté, n'acceptent qu'avec peine ce fatalisme, ils cherchent, sinon avec succès, du moins avec ardeur, une voie moins stérile. Au lieu de parcourir empiriquement et exclusivement la gamme des agents pharmaceutiques et chirurgicaux, ils s'efforcent de pénétrer la vraie nature du mal, d'en tracer la physiologie pathologique, et d'arriver par là à une thérapeutique rationnelle. Plus humbles surtout que les classiques qui croient, bien à tort, l'histoire du tétanos faite, ils signalent les nombreuses obscurités qui règnent encore sur ce sujet difficile.

En ce qui touche la nature du mal, ils ont, de concert avec les physiologistes, promulgué une très importante vérité en assimilant le tétanos aux névroses d'ordre réflexe telle que l'hystérie, l'épilepsie, l'éclampsie, etc., dans lesquelles, d'un point d'irritation primitive caché ou découvert, mais plus ou moins circonscrit, partent des irradiations centripètes parvenant jusqu'à la moelle épinière et l'excitant de telle manière qu'elle envoie à son tour, dans la direction centrifuge, des ordres violents et tumultueux aux muscles les plus divers.

De cette donnée découlent des indications nombreuses et utiles. Chercher le point irrité en question, — découvrir la lésion matérielle qu'il présente — étudier cette lésion dans ses causes, son origine, sa durée, sa curabilité possible, difficile ou impossible, — savoir pourquoi et dans quels cas l'irritation locale excite si spécialement la moelle épinière — quelles modifications temporaires ou durables elle amène dans la constitution histologique de ce centre nerveux — par quels motifs les décharges périphériques ont des sièges d'élection, tantôt limités à certains districts musculaires, et tantôt se généralisant à la musculature tout entière, ne respectant guère plus la fibre lisse que la fibre striée. De telles notions éclaireraient vivement le pronostic et la thérapeutique. En effet, la terminaison du tétanos dépend : 1° de la lésion initiale fournissant, si je puis ainsi

dire, une dose plus ou moins considérable d'irritation réflexogène : 2° des modifications plus ou moins profondes, mais toujours sérieuses du centre médullaire; 3° enfin, des troubles immédiats apportés dans l'exercice de la respiration, de la circulation et de la nutrition par la contracture opiniâtre et intense de certains muscles.

Irritation locale, *lésions médullaires* et *contractures*, telle sont les trois sources de danger qu'il faudra toujours surveiller e que la thérapeutique a la triple mission de combattre[1].

L'irritation locale sera prévue et prévenue autant que possibl dès son apparition; elle sera supprimée ou poursuivie sans relâch pendant toute la durée, laquelle est en moyenne de vingt jours pou le moins.

A défaut de traitement local, chirurgical ou topique, ou conjoin tement avec ce traitement, on visera spécialement l'excitabilité ex gérée de la moelle en calmant la douleur, en modérant les spasme en diminuant l'hyperhémie nerveuse, en augmentant le plus possib la tolérance du centre réflecteur. On se rappellera que l'excitabili médullaire peut être à son début et pendant un temps parfois ass long, fort bénigne en apparence, ne provoquant que des contractio faibles ou limitées à quelques muscles seulement : — que, sous l'i fluence de la médication, elle peut être apaisée, endormie, sa être anéantie en réalité; — qu'elle peut en un instant prendre reprendre une grande intensité, se diffuser et se propager à ce poi que la plus grande partie du système musculaire se convulse ou tétanise : — que ces variations ou cette évolution sont imminen tant que dure l'irritation réflexogène, et que suivant toute vraise blance, elles peuvent mêmes survivre à cette dernière.

La contracture n'étant qu'une conséquence de l'irritabilité méd laire, et cédant de coutume aux agents qui en triomphent, n'exiger pas de moyens spéciaux si elle n'était pas capable à elle seule compromettre immédiatement la vie. Mais, comme elle peut am ner le dénouement fatal en empêchant la nutrition et en suspend l'hématose, il est parfois indispensable de la combattre directem par des agents appropriés, tels que les courants continus, et mê par des opérations chirurgicales, comme la trachéotomie.

Tel est, brièvement résumé, le programme à suivre dans l'étu théorique et pratique du tétanos. Or, je ne crois pas être injuste affirmant que ce programme est loin d'être rempli dans l'état actuel

1. On complèterait peut-être le tableau en ajoutant à ces trois facteurs *l'int cation* causée par un agent spécifique. — A. V. 1886.

la science, *et en* avançant que la somme des inconnues l'emporte sur celle des notions certaines. La seule étiologie est composée d'une foule d'assertions banales ou contradictoires plus ou moins vraies sans doute, mais trop générales et qui ne servent guère dans un cas donné. On nous dit bien que le tétanos succède le plus souvent aux plaies contuses, que son apparition est favorisée par le froid ou le refroidissement, que certaines races y sont particulièrement prédisposées, etc. Mais que penser de ces généralités quand nous voyons la maladie ne respecter aucun âge, aucune constitution, aucune blessure : — sévir depuis le premier jour jusqu'au moment où la plaie est presque fermée ; apparaître même en l'absence de toute violence externe ; se montrer avec une égale fréquence en Islande et sous l'équateur ; décimer aussi bien les Espagnols du nouveau monde que les nègres africains et les pâles naturels du Groënland, et même, car il n'est pas nécessaire de sortir de France pour trouver des faits inexpliqués, attaquer beaucoup plus souvent les habitants de nos campagnes que les blessés reçus dans les grands hôpitaux des villes.

Il faut l'avouer en toute humilité, lorsque nous avons un blessé sous les yeux, rien ne permet de dire s'il sera oui ou non atteint de la terrible complication. Cette incertitude, jointe à la rareté du mal dans notre milieu, a pour conséquence l'abandon presque complet de toute mesure prophylactique. Il ne saurait en être autrement, car dans la crainte d'un accident tout à fait exceptionnel, nous ne pouvons, en bonne conscience, instituer toujours un traitement préventif. Donc, nous sommes réduits à attendre l'événement ; mais rien ne nous empêche et tout nous commande, au contraire, de rechercher avec vigilance de quel côté le danger peut nous assaillir. Ceci me ramène, après une digression dont vous pardonnerez la longueur, à l'examen des cas de M. Blain.

Ces faits nous montrent avec la dernière évidence que l'irritation artificielle d'une plaie en voie de réparation peut devenir la cause occasionnelle d'une attaque de tétanos, et que l'imminence est grande surtout, si cette irritation a été suivie immédiatement d'une douleur présentant certains caractères.

Quatre fois, en effet, nous trouvons réunies, avec une régularité remarquable, des circonstances presques identiques : quatre plaies de guerre, c'est-à-dire contuses par excellence, en état de détersion avancée, mais imparfaite, renfermant les parties mortifiées, sont soumises à des manœuvres chirurgicales sans importance, mais qui, portant sur des nerfs sensitifs, provoquent instantanément une

douleur intense, inattendue, hors de proportion avec la violenc exercée ; quatre fois cette petite cause est suivie d'un grand effet, savoir du développement le jour suivant d'un tétanos à marche ra pide, qui tue trois des blessés en deux jours, et qui aurait san doute enlevé le quatrième de la même manière sans le secours d'un thérapeutique prudemment préventive instituée par le chirurgien

Ces faits portent avec eux un enseignement et sont comme un révélation ; à tout moment, nous imposons sans scrupule à nos blessé des douleurs plus ou moins nécessaires dans le but de simplifie les plaies, nous exécutons dans le foyer de celles-ci de petites ma nœuvres chirurgicales que nous croyons innocentes; nous n'hésitor pas enfin, par nos explorations ou dans nos pansements, à *blesser le blessures*. S'il survient, par la suite, quelque complication, nou invoquons le milieu, la constitution du blessé, une imprudence qu' a commise, un écart de régime, une négligence quelconque, un variation météorologique, que sais-je enfin ? Mais nous ne songeon guère à nous accuser et à nous rendre responsables. Et pourtan combien de fois nous le sommes en réalité !

En aucun moment peut-être il n'est plus nécessaire de proclame une vérité trop méconnue : c'est que, dans un grand nombre de ca les complications traumatiques ont leur origine dans des manœuvr intempestives exercées à la surface des plaies.

Peut-être avez-vous conservé le souvenir d'une courte commun cation que j'ai eu l'honneur de vous faire l'an dernier, pour démon trer que maintes fois l'érysipèle et la lymphangite traumatiqu succèdent à des blessures quasi-microscopiques des plaies en supp ration. J'appelais *soudaine* cette variété d'érysipèle ou de lympha gite, à cause de sa brusque apparition, et je disais qu'il s'agiss là d'une véritable auto-inoculation. J'ai, depuis, rassemblé en gra nombre des faits nouveaux qui n'établissent que trop la fréquen de cette origine, et j'ai pu joindre à l'érysipèle et à la lymphang la septicémie aiguë et la pyohémie elle-même [1]

Le travail de M. Blain grossit ce martyrologe d'une unité nouve et nous montre qu'en tiraillant un nerf en voie de réparation, no pouvons faire naître un tétanos à marche suraiguë. Je sais bien qu'on va m'objecter : Ce tiraillement intempestif des nerfs, capa d'engendrer le tétanos, est, dira-t-on, si peu commun que perso encore ne l'a rencontré. Or, *rara non sunt artis*.

1. Un de mes élèves, M. Dehenne, vient de publier dans le *Progrès méd.* une série d'observations inédites sur ce sujet. — Voir *Mémoires de Chirur* t. IV, p. 509.

A quoi je répondrai qu'il pourrait bien ne pas s'agir ici d'une simple curiosité scientifique, mais bien d'un de ces faits qui ne paraissent insolites que parce qu'ils ont été méconnus. Il ne faut pas croire d'ailleurs que la cause invoquée par M. Blain soit si rare, puisqu'en un court laps de temps notre confrère a pu la retrouver quatre fois avec la dernière évidence. Au lieu d'opposer une fin de non-recevoir, ne vaut-il pas mieux y regarder à notre tour et charger l'observation ultérieure de savoir ce que vaut la théorie présente ?

Il est bien entendu que le tiraillement des nerfs ne peut expliquer qu'un certain nombre de faits, car outre que le tétanos naît spontanément, on sait bien qu'il se montre aussi à la suite de blessures ou insignifiantes ou en voie de guérison avancée, n'ayant été en tout cas exposées à aucune violence nouvelle. Mais en revanche, la circonstance de l'irritation accidentelle d'un nerf en voie de réparation ne pourrait-elle pas jeter quelque lumière sur la question si confuse encore des formes du tétanos ?

On admet généralement une forme aiguë et une forme chronique, ou, si l'on veut encore, une marche rapide ou une marche lente; mais on ne sait guère pourquoi le tétanos prend plutôt une allure que l'autre. On en est sur ce point, comme sur tant d'autres, réduit aux conjectures. Les faits de M. Blain inspirent d'emblée une remarque qui ne vous a pas échappé : dans les quatre cas, le tiraillement a si vivement excité la moelle que le tétanos a surgi le lendemain, prenant tout aussitôt la marche la plus aiguë. Au contraire, une notable lenteur dans l'évolution se rencontre communément, non seulement dans le tétanos spontané, où nulle violence n'a existé, mais aussi en cas de blessures petites, peu graves et soustraites à toute action chirurgicale. D'où résulterait l'indication formelle, de respecter le plus possible les plaies qui, à d'autres égards, se trouvent si bien du repos absolu [1].

Je ne voudrais pas toutefois aller trop loin et proscrire indistinctement toutes les opérations sur les plaies sous prétexte qu'elles ouvrent la porte aux graves complications chirurgicales. Je désire

1. Ces faits s'expliqueraient sans peine dans la théorie infectieuse du tétanos par l'auto-inoculation traumatique. Il suffirait d'admettre dans la plaie un microbe ou un virus tétanique latent en contact avec les nerfs dénudés ou blessés, le tiraillement infligerait à ces nerfs une nouvelle blessure qui servirait de porte d'entrée à l'agent infectieux; tout comme à la suite des micro raumas, des plaies ouvertes, les microbes de l'érysipèle, de la septicémie et de la pyohémie s'introduisent dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins, ainsi que dans les espaces conjonctifs. — A. V. 1886.

seulement, qu'instruit par les désastres précités, on se montre aussi réservé que possible, ne faisant que l'indispensable et prenant d'ailleurs de sages précautions pour atténuer les conséquences des interventions nécessaires.

On a vu que M. Blain, ayant constaté chez son quatrième malade la douleur qu'il considère comme caractéristique, a prévu le tétanos et l'a préventivement traité par le chloral. Ses prévisions se sont pleinement réalisées. Le tétanos éclatait le lendemain, mais il prenait une forme bénigne, et peu s'en fallut qu'il ne guérit. M. Blain avait peut-être, à l'aide du chloral, tranché la question si controversée de la métamorphose des formes, et probablement réussi à transformer un tétanos à marche rapide en tétanos à marche lente.

Après avoir fait connaître les travaux de nos honorables confrères, il me reste à vous demander de leur voter de justes remerciements.

J'ai essayé tout à l'heure de prouver que le tétanos n'était pas suffisamment étudié, et que plus d'un point de son histoire était à reprendre. Mais, pour faire cette revision, nous sommes dans des conditions défavorables, car nous manquons de faits, et ceux que nous rencontrons çà et là dans nos grands hôpitaux sont souvent modifiés par la coïncidence de la maladie convulsive avec d'autres complications nosocomiales. Les praticiens de province sont bien mieux placés à cet égard, car le tétanos se présente à leur observation plus fréquent et plus simple au point de vue nosologique. Ils pourraient donc, s'ils le voulaient, nous aider beaucoup à éclairer cet important sujet; il leur suffirait de nous adresser des observations bien prises et la série complète de leurs cas heureux ou malheureux.

Ils auraient d'ailleurs tout intérêt à la chose. On sait, en effet, ce qu'est la chirurgie à la campagne; c'est pour ainsi dire un triomphe continu aussi bien de la conservation que de la médecine opératoire, grâce à l'extrême salubrité du milieu et à la vigueur habituelle des constitutions rurales. Nos confrères ignorent presque l'érysipèle, la lymphangite et les différentes septicémies; en revanche, dans certaines contrées, le tétanos est la véritable épée de Damoclès, toujours menaçante, toujours prête à assombrir le pronostic et à détruire le légitime espoir de la guérison.

On voit donc quelle importance il y aurait pour les chirurgiens de de nos campagnes à mieux connaître le seul ennemi sérieux qu'ils aient à combattre. Puisse cet argument si simple, si réel, triompher de leur insouciance et de leur inopportune modestie?

RAPPORT SUR DES OBSERVATIONS DE TÉTANOS TRAUMATIQUE TRAITÉ PAR LE CHLORAL, PAR MM. LE D[r] LAURENS, DE MONTPEZAT (BASSES-PYRÉNÉES) ET BRESSON, MÉDECIN-MAJOR, CHEF DE L'HOPITAL DE FORT-NATIONAL (ALGÉRIE)[1].

Messieurs,

Vous m'avez renvoyé, avec mission de vous en faire connaître les détails, deux cas inédits de tétanos traité par le chloral. Je viens aujourd'hui remplir ma tâche avec d'autant plus d'empressement que depuis ma première communication, au printemps de 1870, j'ai toujours suivi avec intérêt les progrès de la question, et que aujourd'hui je pense encore qu'elle ne sera résolue qu'à l'aide d'observations nombreuses et bien prises.

Voici d'abord le fait de M. Laurens :

Plaie contuse du front. — Tétanos. — Administration du chloral pendant treize jours à dose hypnotique. — Guérison

Le 1[er] septembre 1872, notre confrère fut appelé auprès d'une femme qui, ayant fait une chute huit jours auparavant, présentait près de la racine des cheveux, à la réunion des régions frontale et temporale, une blessure si légère qu'elle n'avait pas cessé pour cela de vaquer à ses occupations.

Le 31 août elle avait été prise subitement d'un resserrement des mâchoires avec constriction de la gorge, dysphagie et dyspnée. Les phénomènes avaient acquis une telle intensité qu'on envoyait chercher simultanément le prêtre et le médecin.

La blessure, de petite dimension, était recouverte d'une croûte épaisse formée par du cérat et du pus ; au-dessous d'elle était accumulée une certaine quantité de pus et de plus un petit gravier.

L'inflammation néanmoins était très circonscrite, et s'était développée presque sans occasionner de douleur. M. Laurens, après avoir nettoyé la plaie, la débrida dans l'étendue d'un centimètre, et appliqua un pansement simple.

Le resserrement des mâchoires, quoique considérable, permettait

1. Verneuil, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1[er] mars 1876, p. 186.

cependant encore l'ingestion des liquides; une potion de 200 grammes renfermant 8 grammes de chloral fut prescrite; la malade en prit quatre cuillerées dans l'espace d'une demi-heure et tomba dans l'assoupissement. Il fut expressément recommandé de donner de nouvelles doses dès que le sommeil cesserait.

A sa visite du lendemain matin, 2 septembre, M. Laurens trouva la malade endormie et la réveilla pour l'interroger; elle répondit qu'elle se trouvait bien et respirait plus à l'aise; après quoi elle se rendormit. Une nouvelle potion fut prescrite, et la journée du 3 se passa sans accident notable.

Le 4, la famille supprima le chloral sous prétexte qu'il était trop cher; le trismus, qui avait diminué, augmenta de nouveau; un léger mouvement fébrile apparut. Le médicament, repris le soir, remit les choses en l'état favorable.

Pendant huit jours de suite le traitement fut rigoureusement suivi: « Je ne connais pas exactement les doses employées, dit M. Laurens, mais elles furent suffisantes pour maintenir la malade dans un sommeil a peu près continu. »

Le 13 septembre, l'amélioration était si considérable que le chloral fut définitivement supprimé.

Pendant quinze jours encore il y eut un peu de raideur des mâchoires. Ce dernier symptôme disparut à la fin du mois, et la malade reprit ses travaux habituels.

Il est impossible d'attribuer le succès dans le cas présent à la bénignité de la forme et à la chronicité du cas, si l'on songe au début rapide, à l'intensité des accidents et à leur extension subite au pharynx, à l'œsophage et à l'appareil respiratoire.

Il est plus que probable que le mal eût évolué fatalement s'il n'avait été traité à la fois vite et avec une énergie convenable. L'action du médicament est d'ailleurs rendue évidente par la recrudescence des symptômes, lorsqu'on jugea à propos de le supprimer le quatrième jour, et lorsque sa reprise amenda de nouveau la contracture.

Bien souvent on m'a demandé à quelles doses il fallait administrer le chloral. Le récit de M. Laurens répond à cette question, et d'ailleurs la simplifie beaucoup. Il n'y a point de quantité déterminée à l'avance; tout l'art consiste à donner le médicament longtemps de suite et de façon à entretenir sans interruption le sommeil et la résolution musculaire.

Voici maintenant l'observation de M. Bresson, non moins instructive quoique cette fois la guérison n'ait pas été obtenue; le fait a

d'autant plus de valeur qu'il met en évidence une des causes de la mort chez les tétaniques :

Tétanos traumatique à la suite de brûlures chez un Kabyle Traitement par le chloral. — Mort

Un Kabyle fut, le 6 décembre 1874, à la suite de l'explosion d'une mine, gravement brûlé en plusieurs points du corps : membres inférieurs, poitrine, région axillaire ; les brûlures étaient au deuxième et au troisième degrés, et occupaient une large surface ; néanmoins elles ne provoquaient que des douleurs modérées et point de fièvre.

L'insomnie, seul phénomène incommode, fut combattue dès le lendemain par l'hydrate de chloral et l'opium ; on appliqua le liniment oléo-calcaire et la ouate, et on permit quelques aliments.

Les choses se passèrent assez bien jusqu'au 13, où apparut une diarrhée qui se prolongea pendant quelques jours malgré l'opium et un régime approprié.

Dans la soirée du 20, le malade éprouve une certaine difficulté à ouvrir la bouche, et le 21 au matin on constate l'existence du trismus et d'un certain degré de raideur à la nuque. Les mâchoires s'écartent à peine d'un centimètre. On administre aussitôt le chloral à la dose de 8 grammes, en trois fois, de huit en huit heures pour maintenir le malade sous l'influence continue du médicament et pour permettre l'ingestion d'aliments liquides.

Le 22, les symptômes augmentent : il y a difficulté de s'asseoir. Vésicatoire à la nuque, injection sous-cutanée de 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine ; pansement des plaies avec le cérat opiacé, continuation du chloral à 10 grammes par jour. Température axillaire le matin, 38°,2 ; le soir, 39.

Les 23, 24 et 25, alternatives d'amélioration et d'aggravation. La température est en moyenne de 38°,4 ; on continue le chloral et on pratique une injection morphinée par jour, on donne un lavement purgatif pour remédier à la constipation.

Le 26, amélioration. Température à 38°,2 ; on supprime l'injection hypodermique.

Le 27, évacuation spontanée de cinq lombrics ; on administre du calomel. La contracture augmente ; on reprend les injections de morphine.

28. La température baisse encore, sept lombrics sont expulsés. On prescrit encore le calomel. Le lendemain 29, on trouve le malade

. Le ... voulant faire ...
... prescrit un bain ...
... heures après on vient lui app...
... de chemise, est mort br...

... de remarques intéressantes.
... que d'emblée. ...
... jamais de doule...
... de conscience du dang...
... relativement ...
... Les réponses étaient lent...
... marchaient bien; cel...
... au jour de la mo...
... dysphagie légère, à
... pour s'asseoir,
... à lui seul pour mo...
... qui proclament la bénigni...
... et qui conseillent ...
... même par la simple expect...

... e répéter sans cesse : tout tétanique, quelle que soit ... apparente des symptômes, est en grand danger penda... ... fort long, soit un mois en moyenne, et tant que dure cel... ... véritable, rien ne garantit sûrement contre l'envahiss... ... par le spasme, des muscles des appareils respiratoir... ... être du cœur lui-même. Aussi toute imprudence, toute d... ... dans la rigueur du traitement est-elle capable d'amener ... ou de la laisser se produire.

On pourrait d'ailleurs à propos de ce fait, comme en présence d... ...its analogues, se demander si la chronicité était réellement prim... ... ou si elle n'a pas été le résultat du traitement prompt et éne... ...ique qui a été institué dès l'apparition du trismus. Je remarque e... passant que la forme soi-disant chronique, et qu'il faudrait mieu... dire prolongée, du tétanos, devient plus fréquente depuis la généra... lisation de l'emploi du chloral.

Il ... bien clair en effet que tout tétanos qui guérit peut êtr... ré... ...ngé ou chronique quand le patient est encore en vie ... ...ième ou du douzième jour.

... se demande ensuite avec une grande bonne foi ...

t il y a eu ici insuccès du chloral; si cet agent été donné ses suffisantes, et si enfin le bain n'a pas été la cause de la ..inaison fatale. Je vais donner mon avis sur ces différents points.

Il serait injuste d'incriminer le chloral et même de l'accuser d'impuissance : il a fait dans le cas actuel tout ce qu'il pouvait faire, c'est-à-dire qu'il a arrêté les progrès du mal, atténué les symptômes, mis, en un mot, le patient dans ces conditions favorables dont la seule prolongation laisse à la nature le temps d'effectuer la guérison. Il n'a certainement pas jugulé le tétanos, puisqu'il n'a pas cette puissance, que du reste à ma connaissance nul autre agent thérapeutique ne possède.

Quant aux doses, elles ont été suffisantes à mon avis. En effet, 98 grammes ont été ingérés en neuf jours, — soit en moyenne 11 grammes par jour, sans compter dans le même temps l'ingestion d'un gramme d'extrait thébaïque et de 42 centigrammes d'hydrochlorate de morphine par la voie sous-cutanée. M. Bresson ne savait pas à cette époque que M. Chauvel avait été jusqu'à 16 grammes par jour et il semble regretter de n'avoir pas été jusque-là.

Je puis calmer ses scrupules et lui affirmer qu'il a bien administré le médicament, car la cure était en bonne voie lorsqu'est intervenu le bain malencontreux; si elle n'était pas plus avancée, c'est qu'il faut trois septénaires en moyenne pour guérir un tétanique, lors même que tout marche pour le mieux.

En ce qui concerne ce bain, M. Bresson s'adresse les questions suivantes : le bain d'air chaud à la suite duquel le malade a succombé brusquement est-il responsable de cette mort? Le changement de chemise a-t-il été fait sans précaution ? Le malade a-t-il été refroidi par le contact du linge ou a-t-il été assis trop brusquement? Notre confrère reconnaît que la mort a été occasionnée par un spasme de la glotte, du diaphragme ou des intercostaux ayant déterminé quelques convulsions et l'asphyxie. Il rappelle que les bains chauds ont été vantés et employés maintes fois avec succès, mais il conseille au médecin d'en surveiller lui-même l'application.

A notre sens, M. Bresson a touché juste ici et révélé la vraie cause du revers. Son malade est mort par les voies respiratoires, comme c'est la règle dans le tétanos; mais on sait qu'on peut succomber de deux manières : progressivement, par altération profonde des poumons, et subitement, par une contracture inattendue des muscles laryngiens ou thoraciques. Cette redoutable contracture peut être provoquée comme celle de tous les autres muscles par une

irritation quelconque de la surface tégumentaire, tout comme on voit chez la grenouille empoisonnée par la strychnine le moindre attouchement réveiller des convulsions ou des spasmes énergiques. Or, si dans le bain, les tétaniques en général éprouvent du soulagement, la sortie de l'eau, l'action d'essuyer, le contact du linge sont très capables, comme je l'ai constaté *de visu*, de rappeler les symptômes violents.

Pour moi, nul doute que le bain n'ait été la source des accidents mortels. Faut-il pour cela y renoncer et ne peut-on, en présidant soi-même à l'administration du moyen susdit, profiter de ses avantages sans en craindre les inconvénients?

Je me prononce sur ce point très catégoriquement et je proscris formellement les bains sous toutes les formes, parce que toute la prudence du médecin ne saurait empêcher la production de phénomènes convulsifs à la suite de toutes les excitations superficielles.

Je pousse fort loin les précautions à cet égard, ayant depuis quelques années l'habitude d'envelopper complètement mes tétaniques dans le coton, depuis les pieds jusqu'au cou, et de les immobiliser dans la grande gouttière de Bonnet, pour pouvoir les nettoyer, refaire le lit sans toucher pour ainsi dire à leur peau, si ce n'est au niveau des orifices de déjection. La transpiration, très commune et surtout très abondante dans le tétanos, ne m'arrête pas. Je laisse mes patients macérer, si je puis ainsi dire, dans leur enveloppe de ouate et vivre en quelque sorte dans un bain permanent de vapeur humide et chaude.

J'ai déjà formulé ces préceptes, mais je les répète parce que je crois utile de les vulgariser.

M. Bresson abordant ensuite, ce dont nous le félicitons, la question étiologique générale, fort obscure encore, cherche à savoir si le tétanos est plus fréquent en Algérie qu'en France et si la race indigène y est plus particulièrement exposée.

Il a pour cela dépouillé le registre des décès de l'hôpital de Fort-National depuis 1857, et trouvé seulement deux cas : l'un chez un soldat exposé à des pluies, en octobre 1874, pendant qu'il venait y prendre garnison : ce tétanos sans blessures se termina par la mort au cinquième jour ; l'autre chez un enfant kabyle âgé de sept ans, traité à l'hôpital depuis le 5 août 1872 pour des abcès multiples : le tétanos éclata le 12 novembre et se termina par la mort deux jours après.

L'observation que nous avons rapportée est donc le troisième cas. Il n'y a pas grand'chose à tirer de ce petit nombre de faits, si ce

n'est la confirmation de l'influence néfaste et déjà bien connue du froid. Dans ces trois cas, en effet, la maladie se montra dans la saison froide et coïncida avec des températures relativement très basses pour le pays (pluies froides et neige). Dans un autre cas rapporté malheureusement sans détails et observé à Bougie, le mal éclata le 20 juin, après une journée très chaude suivie d'une nuit où la neige tomba et où le thermomètre descendit à zéro.

Il termine en rappelant que l'accident survenu à son Kabyle (brûlures) avait atteint également et à peu près de la même manière deux autres ouvriers, un Kabyle et un Français, qui, bien que soumis aux mêmes conditions climatériques, guérirent sans encombre.

PLUSIEURS CAS DE TÉTANOS VAINEMENT TRAITÉS PAR LE CHLOI EXAMEN DES CAUSES DE LA MORT. EXPLORATIONS PNEU GRAPHIQUES[1].

J'ai à plusieurs reprises, et tout récemment encore à propos observations de MM. Laurens et Bresson, vanté les bons effets chloral dans le tétanos; mais je reconnais sans nulle difficulté impuissance dans certains cas, l'ayant par malheur constatée sou dans ma propre pratique. Trois fois de suite, ces temps passés, complètement échoué entre mes mains.

Persuadé que dans les maladies graves l'étude attentive causes de la mort est au moins aussi instructive que le récit succès, je vais relater ces trois revers. J'appellerai tout spécialem votre attention sur certains points de physiologie pathologique d la connaissance n'est pas sans intérêt pour la pratique, et je v exposerai le résumé de recherches expérimentales fort curieu faites dans mon service à l'aide du pneumographe de M. Marey un de mes internes actuels, M. Charles Richet, fils de mon émin collègue à la Faculté.

Obs. I. — *Congélation profonde des deux pieds chez un hom atteint de granulie aiguë. — Pansement ouaté. — Soulagem rapide. — Tétanos aigu. — Mort seize heures après l'invasi*

X..., quarante-sept ans, autrefois robuste et bien portant, a s cet hiver des privations de toute espèce. Mal vêtu, mal nourri, i maigri et a perdu ses forces. Dans ces derniers temps il s'est mi servir les maçons et a travaillé dans la neige, le 9 et le 10 févri sans bas et avec des souliers percés. Ses pieds sont devenus d'abo rouges, gonflés et douloureux, et bientôt, la marche étant imp sible, X... est venu à l'hôpital de la Pitié où il est entré le 18 févri

Voici ce que nous constatâmes le lendemain : rougeur des de pieds s'étendant jusqu'à la partie moyenne des jambes et de là continuant jusqu'aux genoux sous forme de traînées suivant

1. Leçon clinique recueillie par M. le docteur L.-H. Petit, et publiée dans *Gazette hebdomadaire*, juin 1876, n[os] 23, 24, 26, pages 358, 374 et 404.

trajet des veines sous-cutanées. La teinte est bleuâtre jusqu'à la ligne médio-tarsienne et d'un rouge franc jusqu'au mollet.

L'exploration avec l'épingle révèle une analgésie complète des orteils et de tout l'avant-pied et une sensibilité très obtuse de l'arrière-pied et de la région tibio-tarsienne. Dans le premier point la piqûre, même très profonde, ne donne point de sang; dans le second, elle en laisse écouler une gouttelette insignifiante; les orteils sont froids; au talon et au cou-de-pied, au contraire, la température est assez élevée.

La gangrène est confirmée pour la moitié au moins des deux pieds; le reste des tissus malades est dans cet état douteux qu'on désigne sous le nom d'asphyxie locale.

La tuméfaction, médiocre au niveau des parties mortes, est considérable au milieu du pied et de la partie inférieure de la jambe; elle va en s'amoindrissant et n'existe plus au voisinage du genou; ganglions inguinaux sensibles au toucher.

Les désordres sont à peu près égaux des deux côtés. Malgré l'analgésie, qui différencie si bien ces lésions du phlegmon ordinaire, le malade ressent depuis plusieurs jours des douleurs violentes dans les parties atteintes; ces douleurs reviennent par accès et sous forme d'élancements rapides dans les intervalles. L'engourdissement des pieds est tel qu'ils ne sont pas sentis. Les mouvements volontaires des orteils et du pied sont abolis. La pression sur le crural et le sciatique est indolente. On néglige d'explorer les artères. L'état général est mauvais : grande faiblesse, soif, inappétence, sommeil troublé par les douleurs, pouls plein; température à ... Les chairs sont flasques; la peau est terreuse, couverte, à l'abdomen, aux cuisses et aux avant-bras, de prurigo cachectique; le malade tousse un peu de temps en temps et depuis quelques semaines. L'auscultation cependant, à l'exception de quelques rares rhonchus, ne révèle aucune lésion pulmonaire sérieuse. L'examen des autres viscères est également négatif, de sorte que nous constatons un état cachectique sans pouvoir en reconnaître la cause matérielle.

Le pronostic nous paraît très grave. Il est certain que la mortification comprend dès à présent au moins la moitié antérieure des deux pieds, mais que rien n'indique encore sa limitation. Plus tard, en supposant que le sillon se forme entre le mort et le vif, le malade fera difficilement les frais d'une suppuration abondante et prolongée. On agite donc la question de l'amputation prochaine; mais la rigueur et le gonflement remontant presque jusqu'au genou, on recule devant l'idée d'amputer les deux cuisses.

Les congélations étendues étant fort rares dans nos hôpita l'expérience nous manque en ce qui concerne le meilleur traitem néanmoins les excellents résultats que donne le pansement o dans les brûlures et dans les contusions graves des membres n engagent à l'appliquer. Deux épaisses bottes de coton recouv donc jusqu'au-dessus du genou les deux membres inférieurs. prescrit de plus de petites doses d'opium, du bon vin et une alim tation légère.

Le soulagement est très prompt et dès le lendemain le mal délivré de ses souffrances, nous remercie vivement.

Le 21 février, nous défaisons l'appareil d'un côté, pour exami l'état local. Le sphacèle de l'avant-pied se confirme, mais la r geur et le gonflement ont beaucoup diminué. Les deux tiers su rieurs de la jambe sont revenus à l'état normal; la sensibilité y naturelle.

Nous ne regardons pas l'autre membre, et nous réappliqu l'appareil.

La fièvre toutefois n'a pas faibli, car les soirs précédents la te pérature a atteint 40°,5. Cependant le malade éprouve toujours grand bien-être; il mange un peu et ne présente pas de trou fonctionnel notable.

Les choses durent ainsi jusqu'au 23, mais alors le tableau cha brusquement. Vers trois heures du matin, X.., se réveille et app l'infirmier; il ressent des élancements dans les deux jambes, raideur considérable dans le cou, et peut à peine ouvrir les r choires. Il avale avec beaucoup de difficulté quelques gouttes tisane.

A six heures, la religieuse constate le trismus, la dysphagie e contracture des muscles de la nuque. Elle administre sur-le-cha un gramme de chloral.

Nous voyons le malade à neuf heures et demie. Il ne souffre p et sa figure exprime le contentement. Cette expression du vis est due manifestement à une légère contracture des muscles labi et palpébraux, telle qu'elle se montre dans le sourire; les mâchoi s'écartent encore de plus d'un centimètre, mais l'opisthotonos très marqué, surtout dans la région cervicale. Nous avons pei pour pratiquer l'auscultation, à asseoir le malade, dont tout tronc et la paroi abdominale sont rigides. Dès qu'elle n'est plus s tenue, la tête se porte en extension forcée; dans le décubitus dor même elle s'enfonce profondément dans les oreillers; on ne peut la fléchir, ni la tourner en aucun sens. En revanche, nulle doule

dans les membres, ni au cou ; aucune convulsion clonique. Intelligence intacte, parole claire, facile, nulle inquiétude; la respiration est presque normale, 28 à 30 par minute; le pouls à 80; la température, qui la veille au soir était à 40°, est brusquement descendue à 37°,4. La miction se fait sans peine, les urines sont normales.

Nous apprenons que la nuit précédente déjà des élancements passagers comme des éclairs ont été ressentis dans les jambes pendant une heure environ et ont troublé le sommeil. Le malade n'en avait point parlé, mais s'en était réjoui, croyant y voir l'annonce heureuse du retour de la vie dans les parties engourdies.

Le symptôme le plus menaçant est à coup sûr la dysphagie. En effet, la salive et les liquides doux, pris en très petite quantité, sont assez aisément déglutis, mais le chloral passe très mal et détermine sur-le-champ une aggravation dans la contracture du cou. Il est donc à craindre que le spasme musculaire, qui a épargné jusqu'ici l'appareil respiratoire, ne s'étende bientôt aux muscles du larynx.

Bien que la combinaison d'une lésion antérieure fort grave par elle-même et d'un tétanos à invasion rapide laisse bien peu d'espoir, nous faisons les prescriptions suivantes : enveloppement général du corps dans la ouate, pour éviter tout refroidissement et favoriser la transpiration; chloral à hautes doses par la bouche et par le rectum; injections de morphine en cas de convulsions et de contractions douloureuses.

En dépit de tous ces moyens l'état s'aggrave rapidement; on compte à quatre heures de l'après-midi 42 respirations, et à cinq heures 56; à sept heures la mort arrive.

Voici le résumé des symptômes deux heures avant :

Tous les muscles des membres étaient agités de tremblements fibrillaires et parfois de crampes douloureuses et de convulsions, tout le tronc était rigide, l'opisthotonos cervical poussé à l'extrême; les yeux étaient fermés par la contracture énergique des orbiculaires, et quand on essayait de les ouvrir l'impression de la lumière était extrêmement pénible; rire sardonique; trismus complet; déglutition absolument impossible; expuition très laborieuse d'un mucus qui semblait obstruer l'arrière-gorge; respiration purement diaphragmatique et sonore, comme s'il s'agissait d'un rétrécissement du larynx.

L'articulation des sons était très difficile; cependant le malade indiquait par des signes qu'il comprenait les questions; il se plaignait d'avoir très froid, bien que son corps fût baigné de sueur; la température axillaire était à 38°,2 seulement. Au moment des crises de

convulsions, il poussait des gémissements. Les urines étaient fort ment colorées et très rares; les cuisses étaient moins contracturé que les autres régions; le toucher et la pression n'y provoquaie ni douleurs ni convulsions.

Autopsie. — Le 25 février, on examine avec soin le cerveau ses enveloppes, la moelle épinière et les nerfs sciatiques, sans po voir constater à l'œil nu de lésions appréciables. Reins très cong tionnés. Foie sain. Cœur flasque. Intestins et estomac sa hyperémie. On examine la glotte de haut en bas après av détaché avec précaution le larynx. Son ouverture est béante et au large que d'habitude; point de lésion de la muqueuse laryngée.

On trouve dans les poumons l'explication du mauvais état géné dont on n'avait pu pendant la vie découvrir la cause. Des deux côt et du haut en bas, indépendamment d'une congestion générale, constate une éruption de granulations tuberculeuses disséminé dont l'apparition, suivant toute probabilité, avait eu lieu simulta ment et remontait à quelques semaines.

Cause ou résultat de l'altération profonde de la constitution, lésion pulmonaire condamnait inévitablement ce malheureux à u mort plus ou moins prompte; elle explique comment le froid av amené si facilement une congélation si profonde et si étendue. E en aurait empêché à coup sûr la guérison et rendu stérile tou intervention chirurgicale active. Avant cette découverte nous avio un instant regretté de n'avoir pas pratiqué la trachéotomie, mais est bien certain que l'ouverture de la trachée n'aurait amené auc résultat.

L'examen des nerfs et des vaisseaux au voisinage et au cent même des parties mortifiées ne révéla aucune particularité rema quable. Les vaisseaux étaient contractés, mais sans traces d'infla mation et sans thrombose.

Obs. II. — *Plaie par écrasement de la main. — Pansement oual Suites immédiates très bénignes. — Tétanos le dixième jou — Mort quarante-six heures après.*

A. D..., âgé de quinze ans, relieur, un peu chétif, mais habituell ment très bien portant, a la main gauche prise dans un engrena le 16 février à quatre et demie du soir. Il entre immédiatement la Pitié (salle Saint-Louis, n° 3).

M. Maunoury, interne de service, le voit aussitôt; il constate u arrachement complet du médius, un écrasement grave de l'annu

laire, enfin une plaie contuse large comme une pièce de cinq francs à la face dorsale de la main. L'enfant accuse des douleurs très vives; l'écoulement de sang est minime. Température 37°,2.

Un appareil ouaté est appliqué sur-le-champ.

17 février. — Les douleurs ont duré toute la nuit; le matin, elles commencent à se calmer. Il n'y a d'abord point de fièvre, mais le soir le thermomètre monte à 39 degrés.

Le 18, les souffrances ont presque complètement cessé; la face est vultueuse, le pouls fréquent, la température à 38°,6. L'enfant mange et reprend sa gaieté. La fièvre tombe à la fin du jour.

Le 19, cessation absolue des douleurs et de la fièvre. Bon sommeil, appétit, état général excellent. Les choses vont si bien les jours suivants que le petit malade reste levé toute la journée avec le bras en écharpe.

Il paraît que le 25 au soir, vers cinq heures, l'enfant, en mangeant, s'est plaint d'une douleur très passagère en avalant, mais le 26 au matin et même jusqu'à quatre heures et demie il n'eut aucun symptôme fâcheux.

Une heure plus tard, la religieuse de service envoie chercher M. Maunoury et lui annonce l'invasion subite du tétanos. En effet, en prenant son repas, l'enfant a été saisi de dysphagie intense. Il est couché sur le dos, la tête fortement portée en arrière, le visage ridé au niveau du front et du nez, les yeux demi-clos par la contraction des orbiculaires. Ni douleur, ni convulsions, ni contracture dans le membre blessé, la compression des branches du plexus brachial au-dessus du bandage ouaté est absolument indolente. L'enfant n'accuse de souffrance qu'à la nuque et au niveau du pharynx. Le sterno-mastoïdien gauche est un peu rigide. L'examen du fond de la gorge avec une cuiller est péniblement supporté, mais ne montre en ce point ni rougeur ni gonflement.

La contracture du cou n'est pas invincible, car le malade peut encore fléchir et incliner la tête en divers sens; température 37°,6. M. Maunoury prescrit le chloral à dose hypnotique; on donne une première cuillerée d'une solution assez concentrée, mais l'impression sur l'arrière-gorge est très désagréable et provoque instantanément du spasme, de la cyanose, et l'apparition de salive écumeuse à la bouche. Le même phénomène s'étant représenté une seconde fois, le chloral est administré par le rectum en quarts de lavements renfermant chacun 2 grammes du médicament.

A la première dose, l'enfant s'endort profondément et dans une attitude tout à fait naturelle. Le visage est tranquille et sans rides;

pouls calme et régulier, respiration normale, aucune convulsion; un léger degré d'opisthotonos cervical persiste encore. Un second lavement de chloral est administré quelques heures plus tard.

La nuit est assez bonne; trois accès seulement, provoqués tous par l'ingestion des boissons. La bouche à peine ouverte se referme si brusquement que la langue et les joues sont mordues.

Le matin cependant l'état n'est point mauvais; l'enfant est très gai, plaisante sur son état et ne souffre nulle part; mais si on veut le faire boire la face rougit, la suffocation survient, et une douleur vive est accusée en arrière et sur les côtés du cou. Après plusieurs essais on arrive cependant à faire ingérer du lait chaud sucré avec le sirop de morphine. Température 37°,4.

M. Maunoury juge à propos de défaire le pansement. Une très petite quantité de pus fétide baigne la plaie, qui du reste est en bon état, sans trace de gonflement ni d'inflammation.

L'exposition de cette plaie à l'air provoque immédiatement une douleur violente ressentie dans l'annulaire broyé; en même temps convulsions énergiques du membre supérieur qui portent la main dans la flexion et dans l'adduction. Les convulsions se reproduisent coup sur coup; la plaie est promptement lavée avec l'eau phéniquée tiède et on réapplique le pansement ouaté qui fait immédiatement cesser tous ces symptômes.

Du reste, le ventre est souple, l'urine facilement rendue, la peau moite, point d'élévation notable de la température, respiration et circulation tout à fait normales. La contracture tétanique a presque cessé, en tout cas ne s'est pas étendue. Le chloral en lavement est continué ainsi que le sirop de morphine.

Cinq heures du soir : la journée a été calme; nulle douleur au bras; sensation pénible au talon. L'opisthotonos est toujours assez marqué, le sterno-mastoïdien gauche un peu tendu, mais le visage est sans rides et les yeux grands ouverts; 112 pulsations; température, 37°,6. Respiration normale.

Dix heures du soir : secousses douloureuses, exagérant l'opisthotonos, revenant toutes les minutes environ et portant brusquement la tête en arrière. Face rouge, yeux fermés, douleur au cou, arrachant parfois des cris, paroi abdominale antérieure rigide; rien dans les membres. Pouls régulier, un peu vif, 30 respirations; transpiration cutanée; on ajoute au chloral, dont 6 grammes ont été pris dans la journée, une injection hypodermique pratiquée à la nuque, avec un centigramme de chlorhydrate de morphine. Les crises

se calment aussitôt. Le reste de la nuit est passable; un lavement de chloral est donné un peu avant le jour.

Le 28 au matin, les crises de convulsions douloureuses se renouvellent à diverses reprises; nous trouvons l'enfant dans l'état suivant à l'heure de la visite. Face injectée, opisthotonos cervical persistant mais facile à vaincre; trismus presque nul; les yeux fermés s'ouvrent aisément quand on interroge le malade, dont l'intelligence d'ailleurs est entière; membres souples, abdomen rigide, nulle douleur, nulle convulsion, coma tel que le donne habituellement le chloral à hautes doses. Si la contracture est modérée, quelques symptômes moins rassurants s'observent. La dysphagie est toujours extrême, le pouls est à 104, la température brusquement élevée à 39°,8; 31 respirations à la minute.

Les mêmes prescriptions sont continuées et je fais, de plus, préparer une pile à courant continu pour le cas où se montreraient des signes de suffocation. L'état reste stationnaire jusqu'à une heure de l'après-midi. A ce moment l'enfant pousse un cri, appelle la religieuse et lui dit qu'il tombe de son lit. Aussitôt il devient extrêmement pâle et ne parle plus; il n'a ni convulsions, ni symptômes d'asphyxie, ni délire, ni suffocation, mais au contraire une tranquillité de mauvais augure. La respiration est brève, saccadée parfois comme dans le sanglot; à trois heures la température monte jusqu'à 41°,8. La pâleur absolue persiste. La mort survient une demi-heure après, quarante-six heures après le début du tétanos, sans convulsions et par affaiblissement progressif de la respiration. A cinq heures, les muscles, sans être en résolution complète, ne sont néanmoins pas notablement contracturés.

L'*autopsie* est faite seulement quarante-neuf heures après la mort, par un temps froid. Le corps n'offre pas trace de putréfaction. Rigidité cadavérique très forte; le cou est dans l'extension forcée, les avant-bras fléchis; les mains également, avec adduction.

Cavités cranienne et *rachidienne*. — Liquide céphalo-rachidien abondant. Méninges parfaitement saines, sans granulations, épaississement, ni adhérences, elles ne sont point congestionnées mais plutôt ischémiées. Les scissures de Sylvius examinées avec le plus grand soin n'offrent rien d'anormal. Cerveau ferme, non injecté; des coupes très multipliées n'y découvrent aucune lésion. Point de liquide dans les ventricules.

Le bulbe et la moelle épinière sont enlevés; l'œil nu ne constate point d'altérations dans les méninges qui les recouvrent.

[illegible]

[illegible] le blessé peu [illegible] la [illegible] et [illegible] La blessure est continuellement arrosée [illegible]

Je suis appelé en consultation le lundi. Nous agitons la question la conservation pure et simple du membre, de la résection ou l'amputation. La bonne constitution du sujet, les conditions favobles du milieu où il se trouve, la terreur que lui inspire l'idée une opération, nous font adopter le premier parti. Un appareil uaté composé de plusieurs couches de coton, d'un bandage circuire qui les recouvre, et enfin d'une gouttière de fil de fer, est pliqué séance tenante; il calme rapidement les douleurs qui aient été assez vives pendant la nuit précédente. L'apyrexie à ce oment était à peu près complète.

Le jour suivant la fièvre traumatique se développe mais reste odérée, la température oscille autour de 38°; cependant du meredi au samedi soir elle dépasse quelque peu 39°; le pouls varie quatre-vingts à cent pulsations. L'état général est satisfaint; aucun symptôme alarmant ne se montre; les douleurs sont ès modérées, sauf dans les premières heures de la nuit où elles ont un peu plus intenses. Le pansement est légèrement souillé à extérieur depuis le deuxième jour; on touche avec une solution iéniquée forte les points tachés de sang.

Pour calmer les douleurs nocturnes, le malaise qui en résulte et elques soubresauts du membre blessé, on administre dans près-dîner de samedi 0gr,75 de sulfate de quinine, qui procurent as la nuit suivante un notable soulagement.

Le dimanche matin, à neuf heures, le thermomètre atteint 39°,4; ix heures du soir il était à 39°,9, mais une complication redoule avait surgi. A une heure de l'après-midi, M. Dupuy constate resserrement manifeste des mâchoires, avec douleurs dans les les et les tempes, un peu de gêne dans la déglutition et une ère raideur dans le cou tout entier. Il prescrit aussitôt une po- avec le chloral, la codéine et la jusquiame, avec continuation sulfate de quinine. Soirée et nuit assez bonnes. La peau se cou- de sueur; le pouls était à 92.

Le lundi, le tétanos n'est que trop confirmé; le trismus a augnté, les muscles de la nuque sont rigides sans que toutefois la te soit renversée en arrière; il existe un certain degré de dysagie. Le patient est dans le décubitus dorsal et tout à fait immole. Il peut cependant faire exécuter à la tête divers mouvements i sont seulement un peu limités. Respiration régulière et tranille, 24 à la minute, pouls oscillant entre 90 et 96. La tempérare a brusquement baissé. Prise trois fois dans la journée, elle atnt le matin 37°,2, à midi 37°,9 et le soir 38°,6. Chloral à dose

hypnotique et continuation du sulfate de quinine dans l'après-midi.

Le coma chloralique a été facilement produit avec 8 grammes du médicament. Nous trouvons le mardi matin le malade calme, accusant à peine quelques douleurs dans le membre, répondant avec précision et clarté, mais retombant aussitôt après dans la somnolence. La contracture n'a point fait de progrès. Elle est toujours limitée aux mâchoires et au cou. Le ventre est souple et le thorax se dilate aisément; la respiration est large, profonde, et s'effectue par le diaphragme, comme l'atteste le soulèvement régulier de la région épigastrique. Le larynx est tout à fait immobile, je m'en assure par la vue et en plaçant légèrement mon doigt sur la saillie du cartilage thyroïde. Cette dernière exploration, bien que faite fort doucement, provoque à l'instant même une petite crise de suffocation avec spasme et congestion subite de la face. Le même phénomène se reproduit le soir sans attouchement et parce que quelques gouttes de la potion froide sont tombées sur la face antérieure du cou.

Le trismus persiste; cependant les dents, qui sont au complet, s'écartent encore assez pour permettre l'ingestion des médicaments et des aliments liquides : bouillon, jus de viande, tapioca léger. La déglutition est assez facile à condition que les substances ingérées soient tièdes et introduites dans la bouche avec précaution et en très petite quantité à la fois.

La raideur des muscles du cou n'a pas augmenté et, quand on veut faire boire le malade, on peut soulever et fléchir la tête. Sterno-mastoïdiens légèrement tendus; pas d'opisthotonos. Le phénomène le plus incommode consiste dans des efforts répétés de sputation pour expulser une salive spumeuse trop épaisse pour être déglutie. Ces efforts se renouvellent deux ou trois fois par heure, ils font grimacer et rougir le visage qui dans les intervalles redevient calme et très pâle. Dans la nuit, la langue, serrée à deux reprises entre les dents, saigne un peu.

Le mercredi l'état reste le même, sans amélioration ni aggravation; le sommeil chloralique est bien entretenu, les douleurs du pied sont à peu près nulles; le pouls, compté à différentes heures, oscille entre 92 et 96. Les respirations varient davantage, 32 le matin, 30 à midi, 21 à quatre heures, 24 à neuf heures. La température s'élève de 38 à 39°; à la sputation toujours pénible s'ajoute de temps en temps une petite toux sèche, qui provoque la contracture des muscles faciaux et le rire sardonique.

Un accès de ce genre se montre plus violent que tous les autres vers neuf heures du soir. La respiration s'embarrasse, le malade

agite, se plaint de douleurs vives dans toute la région cervicale et pousse des gémissements. Cet accident s'explique peut-être. Depuis cinq heures le malade a refusé le chloral à cause de l'impression désagréable qu'il détermine dans l'arrière-gorge. Après l'accès en question, on administre de nouveau le médicament et la nuit se passe tranquillement.

Malheureusement la journée du jeudi fut mauvaise à tous les points de vue. Les douleurs qui jusqu'alors avaient manqué dans les parties contracturées s'éveillèrent dès le matin dans les muscles de la nuque, et commencèrent à produire l'opisthotonos cervical. La toux devint fréquente et provoqua chaque fois des crises de suffocation passagères mais très pénibles. Les respirations augmentèrent de nombre. On en comptait 44 à huit heures du matin, 40 à midi et à six heures, 36 à huit heures du soir. Le pouls varia beaucoup moins, de 88 à 96. La température resta toujours au-dessus de 39°. Évidemment le mal au lieu de s'amender faisait des progrès non point en se généralisant, car la contracture restait toujours exactement bornée aux muscles de la face et du cou, mais en s'accentuant davantage sur l'appareil respiratoire.

Pour combattre les spasmes douloureux de la nuque et le renversement de la tête, j'appliquai un courant continu ascendant avec un appareil à quatre éléments volumineux, qui m'avait été remis par M. Trouvé pour le cas spécial. L'effet fut très prompt et d'abord décisif. Le pôle négatif fut placé à la nuque et le positif au niveau de la région lombaire. A peine le courant passait-il depuis cinq minutes que la contracture cervicale diminuait beaucoup. Les dents qui chevauchaient s'écartèrent de près de $0^m,01$ et nous pûmes faire avaler sans peine au moins 200 grammes de bouillon. La suffocation cessa et le visage reprit son expression habituelle. Nous fondâmes d'abord quelque espoir sur ce moyen, mais dans la journée, en dépit de son emploi persévérant, les accidents revinrent, plus rares peut-être, mais aussi violents. Au lieu de donner par la bouche le chloral, qui semblait irriter la muqueuse pharyngienne, je le fis administrer par le rectum. Quatre lavements de 2 grammes chacun produisirent assez facilement le sommeil, mais de courte durée, et non plus ce repos tranquille des deux premiers jours. On donna par la bouche une potion avec la morphine et l'eau de laurier-cerise qui passa bien.

Malgré tout, le vendredi matin la partie sembla définitivement perdue; 44 à 52 respirations, le pouls monte à 132 pulsations et la température dépasse toujours 40 degrés.

Par une contradiction singulière, ni le trismus ni la contractu
de la nuque n'étaient considérables; on pouvait écarter un peu le
mâchoires et imprimer à la tête quelques mouvements d'avant e
arrière et d'un côté à l'autre. La déglutition elle-même n'était
très difficile, ni très douloureuse. En revanche la toux était presq
continuelle, brève, saccadée, spasmodique; elle amenait une sér
non interrompue de petits accès de suffocation pendant lesquels l
face devenait rouge et grimaçante.

Cependant il n'y avait pas, à proprement parler, d'asphyxie perm
nente, car si les accès étaient suspendus pendant huit à dix minut
le visage reprenait sa pâleur.

Je songeai un instant à pratiquer comme ressource extrême l
trachéotomie; mais j'en fus détourné non seulement par le type d
la toux, mais aussi par les caractères de l'expectoration. De temps
autre, en effet, les crachats épais, spumeux, laborieusement ex
pulsés, étaient nettement colorés en jaune. Je pensai qu'il s'agissa
des crachats sucre d'orge de la pneumonie, hypothèse que confirma
l'ensemble des autres symptômes. J'aurais dû sans doute m'en assu
rer par l'auscultation, mais comme j'étais entouré de toute la famill
et que le moindre mouvement provoquait l'explosion d'un accès d
toux et de suffocation, je résistai au désir d'explorer directement le
poumons.

La mort eut lieu dans le courant de la nuit, un peu moins de si
jours complets après le début des accidents.

L'*autopsie* n'a pas été pratiquée, mais peu de temps après l
mort on a examiné la région blessée. Or les choses y étaient dan
l'état le plus satisfaisant. La réduction de la fracture s'était parfai
tement maintenue; il n'y avait de gonflement ni à la jambe ni au
pied. Nulle trace d'inflammation. Les bords de la plaie étaient en
contact et en voie de cicatrisation. Il y avait à peine de pus sur
la ouate qui recouvrait immédiatement la blessure. Le pansemen
avait donc très fidèlement rempli sa tâche, et sans la terrible com
plication la chirurgie conservatrice aurait porté un nouveau succè
à l'actif de la méthode de notre collègue M. Alphonse Guérin.

Pour retracer plus rapidement la marche de la maladie, j'ai laissé
de côté quelques détails secondaires. Je vais compléter le récit.
... causée sans doute par l'impression du froid. Le
...ché dans une chambre fort petite munie d'une large
... l'air se viciait aisément, on ouvrait de temps en
...re, et c'est ce qui fut fait le dimanche matin. On

avait pris la précaution, m'a-t-on assuré, de couvrir complètement le patient; mais la matinée était froide, et comme le trismus débuta précisément vers dix ou onze heures, tout porte à croire qu'ici encore le refroidissement joua son rôle ordinaire.

La transpiration cutanée se montra assez abondante le premier et le second jour, mais ne reparut plus dans la suite. On avait recommandé de tenir le patient très chaudement, mais comme dans un lit fort étroit il agitait continuellement les bras et la jambe saine, maintes fois nous le trouvâmes insuffisamment couvert.

J'avais pensé à prescrire le jaborandi pour provoquer les sueurs, j'en fus détourné par les difficultés extrêmes de la sputation; les propriétés sialalogues de ce médicament me firent redouter que la salive, sécrétée en grande abondance, ne pût être déglutie et n'augmentât encore les accidents[1].

J'ai dit plus haut que la contracture était restée exclusivement limitée à la face et au cou, y compris les organes profonds qu'il renferme. En effet, la paroi abdominale, le tronc, les membres restèrent souples jusqu'à la fin. Il y eut un peu de constipation, combattue toujours avec succès par des purgatifs légers au début, puis par des lavements laxatifs à la fin. L'urine fut toujours rendue sans difficulté; elle était rare et fortement colorée.

De la température dans le tétanos.

Malgré tout ce qui a été dit sur la température dans le tétanos, il s'en faut de beaucoup que le dernier mot soit dit sur ce sujet. Mes trois malades le prouvent : chez le congelé, et en raison de la lésion grave dont il était atteint, le thermomètre oscillait autour de 40° dans les jours qui précédèrent le tétanos. Six heures après le début de celui-ci, la température tombe brusquement à 37°,4; deux heures avant la mort elle atteignait seulement 38°,2.

Chez l'enfant, au contraire, la fièvre traumatique primitive était entièrement dissipée depuis longtemps et l'apyrexie était complète

1. Dans la courte discussion qui suivit la lecture de mon rapport sur les observations de MM. Laurens et Bresson, M. Larrey pria ceux de ses collègues qui étaient à la tête d'un service actif de vouloir bien essayer le jaborandi comme moyen thérapeutique du tétanos. Il pensait que les propriétés de sudation et de salivation, qu'on prêtait à ce nouvel agent, en devaient faire, *a priori*, une ressource précieuse pour les cas de convulsions tétaniques; M. Gubler avait paru approuver cette manière de voir, que je ne crus pas devoir adopter (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 192).

quand survint le tétanos. Pendant les vingt-quatre premières heure on note seulement 37°,4, mais dans les vingt-deux dernières, l'as cension progressive atteint presque 42° (41°,8).

Chez M. L..., la marche de la température fut assez singulièr Pendant les six premiers jours elle dénota l'existence d'une fièv traumatique assez intense, puisque le thermomètre marqu 38° le matin et 39° le soir. Le jour de l'invasion du tétanos, tr explorations, faites à neuf heures du matin, six heures et h heures du soir, donnent 39°,4, 39°,9 et 39°,2.

Le lundi, quand le mal est bien confirmé, les trois mêm examens montrent une diminution sensible : 38°,5, 38°,8 et 38°,

Le mardi le tracé s'abaisse encore : 37°,2, 37°,9, 38°,6.

Le mercredi, pendant tout le jour, il reste à 38°, mais l'accès suffocation du soir provoque l'ascension à 39 degrés.

Le jeudi, le mal s'aggrave beaucoup ; la température oscille t le jour entre 39 et 40 degrés.

Le vendredi, la contracture diminue beaucoup, mais la poitri s'embarrasse de plus en plus ; on constate toujours jusqu'à la mo 40 degrés et 2 ou 3 dixièmes.

Le tracé du pouls ne suivit pas celui de la température ; depuis lendemain de la blessure jusqu'au matin de la mort il oscilla inv riablement entre 88 et 96 ; jamais l'écart ne dépassa 8 pulsatio c'est seulement dans les douze dernières heures que l'on com 112 et 132 pulsations.

Enfin, le nombre des respirations varia de son côté, mais s paraître influencé ni par l'élévation de la chaleur, ni par l'accélé tion du pouls. Les respirations ne furent comptées que trente- heures après le début du trismus, et, chose remarquable, tandis c le thermomètre et le pouls montaient régulièrement le soir, au co traire, à cette même époque de la journée la respiration semb devenir plus lente et plus calme.

Je crois ces comparaisons assez curieuses pour les réunir dans tableau suivant :

		Respiration.	Pouls.	Température.
7 mars.	9 h. 1/2........ ...	»	92	38°,4
	1 heure............	»	»	38°,6
	6 heures..	»	92	38°,6
».	9 h. 1/2...........	»	96	38°,3
	1 heure......	»	»	38°,5
	7 heures..........	»	100	39°,2

		Respiration.	Pouls.	Température.
9 *mars*.	9 h. 1/2	»	88	37°,2
	1 heure	»	»	38°,4
	6 h. 1/2	»	96	39°,6
10 *mars*.	9 h. 1/2	»	92	38°,2
	12 h. 1/2	»	»	38°,8
	6 h. 1/2	»	92	39°,4
11 *mars*.	9 heures	»	88	37°,8
	1 heure	»	»	38°,4
	6 heures	»	»	39°,0
12 *mars*.	9 h. 1/2	»	96	39°,4
	1 heure	»	»	39°,4
	6 heures	»	»	39°,9
	8 h. 1/2	»	92	39°,2
13 *mars*.	9 heures	»	96	38°,5
	3 heures	»	»	38°,8
	8 h. 1/4	»	92	38°,7
14 *mars*.	8 h. 1/2	»	90	37°,2
	5 heures	30	88	37°,9
	8 h. 1/2	24	96	38°,6
15 *mars*.	8 heures	32	92	38°,0
	1 heure	30	90	38°,0
	6 h. 1/2	»	92	38°,4
	9 h. 1/2	21	96	39°,0
	10 h. 1/2	24	96	»
16 *mars*.	8 heures	44	88	39°,6
	12 heures	40	96	39°,2
	6 h. 1/4	40	92	39°,2
	8 h. 1/4	36	92	39°,5
17 *mars*.	8 h. 1/2	44	92	40°,0
	12 h. 1/2	52	112	40°,3
	3 h. 1/4	52	132	40°,2
	6 h. 1/2	40	108	40°,3

Je ne sais véritablement à quoi attribuer toutes ces différences. Chez deux de mes patients l'invasion du tétanos semble abaisser notablement la température; chez le troisième, pendant vingt-quatre heures elle ne la modifie nullement.

L'étendue de la contracture est beaucoup plus grande chez le congelé que chez les deux autres, et c'est dans ce cas que le thermomètre monte le moins. J'avais pensé jadis que l'ascension ultime de la courbe annonçait le développement d'une inflammation pulmo-

naire. Le résultat nécroscopique renverse cette hypothèse, qui, au contraire, reçoit un appui dans la dernière observation, où je crois pouvoir admettre l'existence d'une pneumonie. Tout cela est fort obscur.

Je renvoie pour les études thermométriques dans le tétanos à l'article de Rose (*Ueber den Starrkrampf*, in *Handb. der Chir.* de Pitha et Billroth, 1870, p. 21); mais je crois indispensables de nouvelles recherches qui tiendraient compte dans l'interprétation du tracé de trois éléments : 1° la contracture; 2° la lésion préexistante; 3° les complications de celle-ci ou du tétanos lui-même.

Spasmes respiratoires.

J'arrive aux résultats fournis à M. Ch. Richet par le pneumographe (*Gaz. méd.* de Paris, 1er avril 1876, p. 159, et Société de biologie).

Chez le premier malade atteint de congélation et qui mourut par asphyxie, le tracé respiratoire obtenu quelques heures avant la mort indique à certains moments une pause correspondant à l'expiration : de sorte qu'il y avait un spasme respiratoire dû en apparence à un resserrement de la glotte et à une contracture simultanée des muscles abdominaux expirateurs. Le second malade, au contraire, mourut dans une sorte d'état comateux mal caractérisé, mais sans asphyxie, résultat prévu par l'inspection seule des tracés respiratoires. En effet, la pause tétanique répondant à l'inspiration est due à une contracture des muscles inspirateurs.

Il existe donc, suivant M. Ch Richet, une différence absolue entre ces deux cas de tétanos. Dans le premier, il y a arrêt dans l'expiration, et la cause est un spasme de la glotte et des muscles expirateurs; dans le second, il y a arrêt dans l'inspiration, et la cause est un spasme tétanique des muscles inspirateurs.

Cette distinction n'est pas une simple curiosité de physiologie pathologique. Elle conduit à un pronostic et à une thérapeutique différents. Si l'on s'est assuré que le spasme est dû aux muscles inspirateurs, la trachéotomie est inutile, et l'on pourra espérer la guérison, car l'hématose sera suffisante pour permettre aux agents thérapeutiques d'être absorbés et de modifier l'excitation médullaire. Si, au contraire, il y a un spasme de l'expiration, que ce soit un resserrement de la glotte ou une contracture des muscles expirateurs, le pronostic sera beaucoup plus grave, car l'hématose,

à un moment donné, sera nulle ou insuffisante, et l'asphyxie prochaine. Alors il faudra songer à la trachéotomie, qui dans quelques cas déjà a rendu la vie à de malheureux tétaniques qui asphyxiaient.

Enfin M. Richet fait remarquer qu'outre ces spasmes, si nettement caractérisés qu'à la rigueur on pourrait les observer, quoique d'une manière insuffisante sans le pneumographe, il y a d'autres petits spasmes ou plutôt des irrégularités respiratoires qui n'existent pas à l'état normal; il serait impossible d'en constater l'existence sans un appareil enregistreur.

M. Baker a publié dans *The Lancet* (15 avril 1876, p. 567) deux observations fort instructives.

Obs. I. — X..., femme de vingt-neuf ans; large plaie contuse du pied gauche; les téguments et les parties voisines se sphacèlent, laissant à découvert le calcanéum et l'astragale. Tout ce processus avait été fort douloureux, et pour apaiser les souffrances on avait donné le chloral pendant les deux premiers jours, puis des opiacés.

Le onzième jour, alors que le sphacèle paraissait limité, la malade se plaignit pour la première fois de douleurs et de raideur dans le côté du cou en avalant, et d'une sensation d'étouffement vers le soir.

Le lendemain, ces symptômes augmentent et le trismus est bien marqué. On prescrit une potion contenant du bromure de potassium et du suc de ciguë, et l'on fait des injections sous-cutanées de morphine.

Les jours suivants, les convulsions envahissent les muscles de la nuque, des bras, de l'abdomen et des cuisses, surtout de la cuisse gauche. On fut obligé d'administrer les aliments et les médicaments par le rectum, bien que le malade pût les avaler par petites quantités à la fois.

Le cinquième jour du tétanos, en examinant le pied, on trouva le nerf plantaire interne profondément situé tendu en travers de la plaie et lacéré, ses fibres étaient dissociées; on le divisa et l'on résolut d'amputer la jambe; mais le lendemain la malade paraissait très épuisée et presque inconsciente, le pouls était faible et lent; il n'y avait plus de spasme et les mâchoires étaient complètement relâchées. Jusqu'à ce jour elle avait toujours pu avaler les médicaments, mais elle paraissait suffoquer lorsqu'elle les prenait. On lui prescrivit une potion éthérée, qu'elle prit relativement bien, mais la

bouche et les lèvres étaient sèches et couvertes de saburres, la langue noirâtre et le pouls presque imperceptible. Elle parut se remonter un peu, puis s'affaiblit vers le soir et mourut à une heure de la nuit.

Obs. II. — Homme de vingt-neuf ans, charbonnier, très sain, sobre, eut le doigt pris entre la roue d'un wagon et celle de sa voiture. La plaie fut pansée par un ami et l'on n'y toucha pas pendant huit jours; les douleurs furent si vives pendant ce temps que le blessé ne put dormir. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il éprouva une douleur déchirante entre les épaules, et le matin de l'entrée, 4 janvier, il sentit dans les mâchoires une raideur qui ne fit qu'augmenter. Les muscles temporaux et masséters semblaient rigides. Cou droit et un peu raidi. Plaie gangréneuse de la moitié inférieure de l'index gauche, laissant la phalange unguéale à nu. A sept heures du soir, on prescrivit 2 grammes de chloral à prendre toutes les deux heures. A neuf heures on administre, pour enlever le doigt, le chloroforme, qui provoque des spasmes tétaniques de plus en plus intenses; on fut obligé d'y renoncer à cause de l'apparition d'une dyspnée considérable, avec lividité de la face et opisthotonos; on enleva le doigt sans anesthésie. La nuit se passa assez mal; il y eut plusieurs accès de spasmes et une grande gêne de la déglutition.

Le lendemain, l'opisthotonos était plus prononcé encore; le malade ne pouvait avaler et paraissait près de suffoquer. A deux heures quarante-cinq de l'après-midi, survint une série de spasmes violents; l'opisthotonos était si marqué que le tronc ne touchait plus le lit; la face était noire, la respiration suspendue, mais le pouls restait bon. Après trois ou quatre minutes de respiration artificielle, le patient commença à soupirer; on lui fit inhaler une quantité considérable de chloroforme, les muscles se relâchèrent complètement et il devint calme. On lui donna alors un lavement avec 2 grammes de chloral. Il eut encore deux attaques plus violentes de spasmes, à une demi-heure d'intervalle, pendant lesquelles on employa avec succès le chloroforme et la respiration artificielle. On prescrivit un lavement contenant un gramme de chloral toutes les heures, et après les deux premiers on ajouta du thé de bœuf et de l'eau-de-vie. A partir de ce moment les accès devinrent moins rapprochés et moins violents; dans les intervalles le malade dormit tranquillement avec relâchement complet des muscles. Il retenait bien les lavements.

Six heures du soir. — Spasmes très légers, à peine de dyspnée, pouls bon.

Neuf heures. — Pas de spasmes depuis longtemps ; un seul tressaillement à ce moment ; il dort tranquillement sur le côté droit ; respiration tranquille ; pouls à 116, plein.

A dix heures cinquante tout allait bien, lorsqu'on le vit tressaillir brusquement dans son sommeil et mourir sans apparence de dyspnée, sans devenir livide ; le pouls, qui avait été bon jusqu'alors, s'arrêta tout à coup.

A l'autopsie, on trouva une congestion excessive de la moelle épinière.

M. Baker insiste ensuite sur le contraste qui existe entre ces deux cas, dont le premier pourrait être appelé subaigu et le second très aigu.

« Dans le premier cas, dit-il, le début et la marche de la maladie furent lents et graduels, la femme conservant sa connaissance jusqu'à la fin ; les spasmes ne furent jamais graves, la respiration ne fut jamais interrompue d'une manière inquiétante et la déglutition fut possible jusqu'à la fin. Les symptômes de la maladie disparurent douze heures avant la mort, qui survint d'une manière lente et graduelle après disparition complète du pouls pendant quatre heures. La température restée longtemps normale monta jusqu'à 39°,4.

» Dans le second cas, le début de l'affection fut brusque et la mort survint trente-six heures après. Les spasmes furent très intenses, la respiration et la déglutition souvent interrompues, mais la température ne dépassa pas la normale. Le pouls était bon et fort, et le malade mourut soudainement, quoique sans aucune interruption apparente de la respiration. Mourut-il donc de spasme du tissu musculaire du cœur? On admet que dans ces cas la mort soudaine a lieu par spasme des muscles de la glotte ; mais s'il en eut été ainsi, il y aurait eu interruption plus apparente de la respiration. Dans le premier cas la mort fut évidemment causée par l'épuisement, mais il n'en fut pas de même dans le second. »

Je n'admets pas entièrement l'interprétation de Baker sur les causes de la mort dans ces deux cas.

J'ajouterai quelques réflexions aux faits qui précèdent.

Dans mes trois cas l'invasion a eu lieu brusquement en apparence ; cependant dès la veille dans les deux premiers et même

plusieurs jours à l'avance dans le dernier, des phénomènes préci seurs s'étaient montrés, sous forme de légers accès très pronon chez le congelé et chez l'enfant, et sous forme de douleurs avec s bresauts dans le membre chez l'homme à la fracture. Bien des j'ai constaté déjà l'existence de ces prodromes du tétanos, et je crois très communs; cependant je reconnais qu'ils ne permett point de porter le diagnostic de cette complication, parce que pareilles douleurs, même accompagnées de spasmes muscula légers, se montrent fréquemment dans les blessures qui heureu ment se comportent dans la suite tout à fait naturellement. Rien plus malaisé que de distinguer les phénomènes précurseurs tétanos de ces névralgies traumatiques précoces dont j'ai tracé l' toire dans un autre travail.

Le fait suivant[1] me paraît très intéressant à ce point de vue :

Obs. — Un homme de vingt-huit ans, rhumatisant, mais ni sy litique ni épileptique, laissa tomber quelque chose de lourd sur pied droit; il s'ensuivit une douleur vive et un léger écoulement sang; la douleur cessa au bout de quelques jours, et la blessure détermina aucun autre accident.

Trois semaines après, en marchant, il sentit une douleur ai dans le gros orteil, suivie d'une crampe violente dans le pied et cou-de-pied. Il ne put rentrer que difficilement chez lui. Là il la jambe élevée, appliqua sur elle de la flanelle chaude, etc.; n la douleur augmenta et se changea en *attaques*. Comme continua à s'accroître le reste du jour, il envoya chercher médecin.

Le malade était excité, anxieux, la parole rapide; accès de d leurs revenant à intervalles d'une ou plusieurs minutes avec élai ments convulsifs dans la jambe; pendant le paroxysme la respira se ralentit et s'arrêta même complètement. Sensation de raideu cou, aux épaules et à la face, mais peu de difficulté à ouvri bouche. En découvrant le pied, il se produisit une attaque con sive qui céda bientôt et recommença lorsque le médecin port main, qui était froide, sur le pied.

Le chloral à hautes doses (1gr,20 toutes les deux ou trois heu fut administré; les symptômes s'arrêtèrent et deux jours a tout était fini.

1. Léonard Cane, *The Lancet*, 15 avril 1876, p. 564.

L'observation est intitulée : *Tétanos traité par le chloral;* mais je ne crois pas, pour ma part, qu'il s'agisse là d'un véritable tétanos. Je vois bien des crampes douloureuses, des spasmes, des convulsions même généralisées, mais très passagères, et qui cédèrent rapidement à l'administration du chloral. Du reste il n'y eut pas de trismus. Mais comme en somme la réapparition de la douleur dans un foyer traumatique est un phénomène anormal, un véritable accident, il sera toujours bon de s'en préoccuper et de se rappeler qu'en certains cas elle peut annoncer l'invasion prochaine du tétanos.

Si j'adoptais les formes admises par les classiques, je compterais dans ma petite série un cas suraigu (seize heures) et un cas aigu (quarante heures). Je serais plus embarrassé déjà pour mon troisième fait, où la mort n'est survenue qu'à la fin du sixième jour c'est-à-dire à une époque déjà assez éloignée du début. J'ai combattu jadis à la Société de chirurgie cette division basée sur la durée et qui a la prétention, mal fondée suivant moi, de régir le pronostic.

J'ai proposé de calculer la gravité du mal non pas d'après l'étendue de la contracture, ni d'après sa prolongation plus ou moins grande, mais bien sur sa localisation à tel ou tel groupe musculaire, et il me semble que mes trois faits confirment manifestement ma manière de voir.

Chez mes deux premiers patients le spasme musculaire a d'emblée, violemment et simultanément, atteint la colonne cervicale et le pharynx, laissant, pour un temps du moins, les autres muscles dans un repos relatif; le trismus lui-même a été modéré. De là deux symptômes saillants, l'opisthotonos cervical et la dysphagie. La dyspnée n'est venue que plus tard.

J'ai été frappé de cette double coïncidence et me suis demandé si elle n'avait pas quelque chose à revendiquer dans la similitude du résultat. Je me rappelais à ce propos quelques paroles prononcées en 1870 par notre regretté confrère Giraldès, et que je demande la permission de reproduire.

Faisant une distinction entre la forme pharyngienne, de beaucoup la plus grave, et les autres formes du tétanos, Giraldès demanda à Boinet si ses malades avaient été pris de spasme pharyngien pouvant rendre la déglutition impossible. « Dans ces cas, ajoutait-il, le danger est très grand et le chloral ne peut plus être administré que par le rectum. Il avait eu l'occasion de voir cette forme deux fois; la première, chez un Bavarois atteint d'un coup de feu à la cuisse; la seconde chez un enfant ayant une blessure à la main. Bien

que le chloral fût administré par le rectum, les deux malades n'e succombèrent pas moins dès le troisième jour après l'apparition d tétanos. Chez un autre militaire, qui tout d'abord ne présenta pa de spasme pharyngien, le tétanos dura treize jours et ce ne fu qu'après l'apparition de ce symptôme que le malade succomba rapi dement dans l'espace de vingt-quatre heures » (*Bull. de la Soc. d chir.*, 3e série, t. II, p. 325.)

Or, dans mes deux premières observations, j'ai noté expressémen la dysphagie intense, ce qui m'avait conduit à administrer le chlora par la voie rectale[1]. Le médicament, qui, soit dit en passant agit très bien par cette voie, amena sans peine le coma recherché mais ne modifia guère la contracture pharyngienne et la mort n tarda pas à survenir. Comme l'opisthotonos cervical fut égalemen persistant, je fus conduit à me demander si la gravité du tétano n'était pas en rapport avec ces deux symptômes.

C'est le résultat de mes réflexions que je veux communiquer.

Opisthotonos cervical. — La tête est fortement renversée e arrière ou en extension forcée. Dans cette attitude, la convexit naturelle antérieure de la colonne vertébrale s'exagère beaucou Le larynx, proéminent, s'y applique exactement. Attiré en haut pa les muscles de la région sus-hyoïdienne, il devient fixe au poi de perdre presque toute mobilité, à la fois dans le sens transvers et dans le sens longitudinal. D'après des recherches qui devront êt multipliées, la forme de la glotte serait elle-même modifiée, surto chez les jeunes sujets, par cette situation du larynx.

En tout cas, et comme on peut s'en assurer sans peine par la pl simple expérimentation, l'extension forcée de la tête gêne singuliè ment la déglutition et la respiration. Le premier de ces actes entravé peut-être par la distension longitudinale du pharynx, certainement par l'effacement de cette cavité à sa partie inférie au moins, en raison de l'application du pharynx sur la face an rieure des vertèbres. On sait du reste combien est difficile le cath térisme de l'œsophage quand la tête est trop fortement renversé Il serait donc possible que l'opisthotonos cervical provoquât la co striction du pharynx et par conséquent la dysphagie.

La respiration n'est pas moins compromise par l'extension for de la tête. Cette attitude a-t-elle été volontairement prise, au b

1. Dans les deux cas du Dr Baker, surtout dans le dernier, il y eut aussi l'opisthotonos et de la dysphagie.

de quelques minutes on ressent un malaise extrême non seulement à la nuque, mais au cou et même dans toute la cage thoracique. Chez plusieurs personnes ce renversement de la tête suscite presque instantanément la toux.

Tout cela s'explique assez bien par l'immobilisation du larynx, et l'on connaît déjà les inconvénients de cette immobilisation. Si, en effet, dans la respiration paisible les mouvements verticaux du larynx sont peu étendus, ils le deviennent infiniment plus dans la dyspnée quelle qu'en soit la cause ; en supposant donc que l'opisthotonos n'amenât pas par lui-même la dyspnée, il l'augmenterait certainement beaucoup.

Tous ceux qui sont familiarisés avec l'opération de la trachéotomie savent que la fixation trop complète du larynx est périlleuse et qu'on l'a accusée de suspendre la respiration. J'ai entendu faire ce reproche au procédé de Chassaignac, qui fixait le cartilage circoïde avec un ténaculum. On n'ignore pas non plus que de graves accidents peuvent survenir si, en fixant la tête des enfants pour mieux exposer la trachée, on exagère trop l'extension. J'ai la conviction d'avoir perdu un petit enfant de cette façon.

Je conclus de tout ceci que l'opisthotonos cervical très prononcé, et surtout très prolongé, pourrait bien porter une atteinte sérieuse à la déglutition et à la respiration, et jouer un rôle dans la léthalité du tétanos. La conséquence est qu'il faudrait combattre directement ce symptôme par des moyens que nous examinerons plus loin.

Dysphagie. — Tout en admettant que la dysphagie est due jusqu'à un certain point aux causes mécaniques que j'examinais plus haut, il n'est pas téméraire d'affirmer que la contracture des muscles intrinsèques du pharynx y prend une large part. Or, cette contracture doit agir sur le larynx et par suite sur la respiration de deux manières :

1° Le pharynx en s'élevant fait monter le larynx comme dans le second temps de la déglutition, d'où résultent le mouvement de bascule de l'épiglotte et la création des obstacles à l'entrée des voies aériennes ;

2° Dans la déglutition ordinaire exécutée naturellement par les constricteurs, la glotte se rétrécit. Ce phénomène est dû, comme Longet l'a démontré, à l'action du constricteur inférieur du pharynx. Ce muscle, inséré à la face externe du cartilage thyroïde, rapproche l'une de l'autre les lames de ce cartilage, qui à leur tour repoussent en dedans les arythénoïdes et les lèvres de la glotte.

« L'occlusion de la glotte, dit Bérard, serait un effet accessoire

mais inévitable de la contraction du muscle constricteur inférieur contraction qui est très énergique dans la déglutition » (*Traité d physiologie*, 1849, t. II, p. 20, 21).

D'où je conclus que l'action énergique et prolongée des muscle du pharynx, *a priori* très probable dans la dysphagie tétanique, es fort capable de gêner l'introduction de l'air dans les voies aérienne et de provoquer la dyspnée et plus tard l'asphyxie.

Le troisième cas ne contredit en rien mes opinions. Le tétano débuta sans violence dans la matinée de dimanche. Le lundi mêm il avait fait peu de progrès; tout se bornait au trismus, à une raideu modérée de la nuque et à une dysphagie très tolérable. Le mardi le mercredi, les phénomènes persistent mais n'acquièrent point un grande intensité. La fièvre est modérée, la respiration reste à pe près normale, la contracture ne s'étend ni aux membres ni a thorax.

Presque quatre jours sont gagnés sans crises redoutables. Si mo malade avait guéri, mes contradicteurs, en se basant sur la march bénigne du début, n'auraient pas manqué de dire qu'il s'agissait d'une forme chronique d'emblée, c'est-à-dire d'un de ces cas où l guérison s'effectue presque d'elle-même. Pour moi, je m'inquiéta toujours. La limitation de la contracture ne me rassurait pas; ténacité remarquable me faisait toujours craindre une aggravati subite des symptômes et l'invasion des phénomènes graves du cô des voies respiratoires. Cette crainte n'était que trop fondée: mercredi soir survint un premier accès de suffocation, signal d complications thoraciques; le jeudi l'opisthotonos cervical se mett de la partie et la défaite de l'art était désormais inévitable.

En présence de la triste série d'insuccès que je viens de fourn je considère comme un devoir d'examiner consciencieusement part de chaque facteur étiologique, et en particulier le rôle de blessure, du blessé, du milieu, et enfin du traitement primitif en usage.

J'ai peu de chose à dire de la blessure. Elle a porté dans les cas précédents sur les extrémités des membres, prédispositi admise par tout le monde dans le développement du tétanos. congélation a plus d'une fois déjà été notée. Pour les autres cas, plaies étaient contuses, ce qui est encore dans la règle.

On a attaché de l'importance à la présence de parties gangren dans le foyer traumatique. Le sphacèle existait, en effet, chez premier et chez le second de mes sujets, et dans les trois observati

anglaises; il faisait absolument défaut chez le troisième. Les écrasements des pieds et des mains s'accompagnent souvent de la mortification de quelques parties désorganisées d'emblée par l'agent vulnérant, et d'autre part ils sont souvent suivis de tétanos; mais j'hésite à considérer le premier phénomène comme cause du second : je vois plutôt là une coïncidence qu'une relation étiologique.

L'état constitutionnel, si influent dans la genèse des autres accidents traumatiques, ne me paraît pas jouer de rôle évident dans la production du tétanos. Mon premier malade était cachectique, tuberculeux, en proie à la misère physiologique; le second était jeune et bien portant, le troisième vigoureux et exempt de toute tare organique. On a bien indiqué la prédisposition des races pour la complication susdite, mais ces races vivent dans des milieux qui probablement ont le vrai pouvoir pathogénique.

Les influences météorologiques ont sans doute, même dans nos latitudes, une influence beaucoup plus grande. La fréquence plus grande du tétanos dans les mois d'hiver et de printemps est chose démontrée, ce qui fait qu'à ces époques les cas se multipliant, on a pu croire à une influence épidémique et à un agent toxique particulier. Je ne crois pas à l'existence de cet agent spécial, mais j'admets très bien que les variations atmosphériques, l'état des vents et les oscillations de la température dans une saison donnée, soient fort capables d'engendrer le mal.

J'ai eu sous les yeux, précisément dans les mois passés, une de ces pseudo-épidémies. Depuis trois ans, je n'ai pas observé un seul cas de tétanos, et voici que j'en rencontre deux cas dans mon service à la Pitié. Un autre entre en même temps dans celui de mon collègue M. Labbé, et succombe rapidement. Le fait de ma pratique civile est contemporain. Il y a plus. On a décrit sous le nom de spasmes traumatiques une affection rare, voisine du tétanos, et dont les exemples sont d'ailleurs fort rares. Or, précisément j'en viens d'observer deux cas remarquables, l'un à la suite d'un écrasement de la main chez un adulte vigoureux, l'autre chez une femme que j'avais opérée d'une tumeur de l'aisselle et qui fut simultanément prise de véritables accès de manie. Enfin, je ferai remarquer que les cas que j'emprunte à *The Lancet* ont été observés en décembre, janvier et février.

Je suis d'autant plus disposé à admettre l'influence météorologique que tous mes malades, à l'exception de l'enfant qui se levait avec le bras en écharpe, ont été pris pendant qu'ils étaient retenus au lit et sans qu'on puisse invoquer le moindre refroidissement acci-

dentel. On peut se demander encore si la cause inconnue qui multiplie à certaines époques les cas de tétanos ne leur imprime pas également une gravité plus grande; en d'autres termes, si, à la manière de bien d'autres maladies, le tétanos épidémique n'est pas plus grave que le tétanos sporadique. J'ai gardé d'ailleurs cette impression que le tétanos a plus de chance de guérir en été que dans les saisons froides.

J'ose risquer ces hypothèses en présence de l'obscurité qui règne encore sur l'étiologie de la terrible maladie qui nous occupe.

J'arrive au traitement mis en usage, et je me demande tout d'abord si le mode de pansement primitif peut être incriminé. Chez mes trois tétaniques j'ai appliqué le pansement ouaté. Or, cette manière de traiter les plaies n'a pas que des partisans; quelques chirurgiens n'en ont point été satisfaits et lui reprochent de prédisposer au tétanos; l'accusation repose sur l'argument : *Post hoc ergo propter hoc*. Ma pratique semble l'appuyer, car j'ai bien vu déjà six fois au moins la complication éclater sous le bandage ouaté. Cependant j'hésite beaucoup à conclure dans ce sens, et voici pourquoi :

A priori, il est peu vraisemblable qu'un pansement purement antiphlogistique, qui calme si bien les douleurs, maintient le foyer traumatique dans une température constante et le soustrait si efficacement à toutes les irritations externes, — qu'un tel pansement, dis-je, excite particulièrement les éléments nerveux contus, déchirés ou divisés. Cependant il faudrait bien se rendre à l'évidence si les preuves abondaient et s'il était démontré, par exemple, que le tétanos est devenu plus fréquent depuis l'introduction du pansement ouaté dans la pratique. La simple coïncidence entre la complication et le procédé employé ne constitue pas un argument suffisant, car la méthode de M. Alphonse Guérin étant appliquée de nos jours sur une très large échelle et à la pluralité des plaies contuses des membres, rien de plus naturel que de compter plus de tétaniques à sa suite qu'après d'autres traitements aujourd'hui plus rarement employés. Quand on traitait jadis les mêmes blessures par l'irrigation continue, celle-ci était également accusée, au moins théoriquement, et cependant elle a été généralement disculpée.

En attendant qu'une enquête sérieuse nous ait éclairé sur ce point délicat, je continuerai à envelopper dans le coton les membres atteints de plaies contuses, parce que les avantages de cette méthode sont incontestables et que, seule jusqu'ici avec le pansement antiseptique, elle permet de pratiquer sur une large échelle la chirurgie

conservatrice. Je vais même un peu plus loin. Admettons que l'occlusion ouatée favorise le développement du tétanos : il n'en est pas moins certain qu'elle diminue notablement le nombre des septicémies graves et des pyohémies, dont le résultat final est plus funeste encore; il resterait à faire la balance entre les deux éventualités et à opter pour la moins grave. Or, je suis certain d'avoir depuis cinq ans sauvé par la méthode de M. Guérin plus de sujets atteints de fractures compliquées et d'écrasements des extrémités que je n'ai perdu de tétaniques pansés avec le coton.

Mes méditations incessantes sur les accidents traumatiques m'ont conduit à admettre un certain antagonisme entre le tétanos et les fièvres chirurgicales graves. Dans les contrées où le premier est très fréquent, la pyohémie est presque inconnue. Je me base sur les déclarations des praticiens étrangers et même, sans sortir de France, sur l'affirmation de nos confrères de province, qui redoutent toujours le tétanos et ne songent guère à l'infection purulente ni aux érysipèles graves. Dans les grands hôpitaux, au contraire, où abondent les plaies contuses, les écrasements par les machines, les fractures compliquées, etc., la pyohémie décime les blessés, et c'est à de rares intervalles seulement qu'apparaît le tétanos.

De deux maux, comme disaient nos ancêtres, *faut eslire le moindre*, et c'est pourquoi dans nos grandes villes et dans nos grands hôpitaux du moins, entre deux modes de pansement dont l'un favoriserait le tétanos, d'ailleurs rare et parfois curable, mais qui aurait sur l'autre l'avantage de diminuer notablement les chances de la pyohémie, je n'hésiterais pas un seul instant.

Un autre point mérite d'être discuté. J'étais dans mes trois cas en présence de lésions primitives d'un pronostic menaçant. La conservation des membres était évidemment périlleuse et pouvait faire craindre toute espèce de complications graves, le tétanos compris. Celui-ci, en effet, a éclaté. Devais-je pour cela me décider d'emblée à pratiquer une amputation primitive? Je ne l'admets point. Dans le cas de congélation d'abord, je ne me serais jamais décidé à amputer les deux jambes. Couper un poignet ou un avant-bras, faire même une amputation partielle pour un écrasement de la main chez un enfant, serait considéré de nos jours comme une grosse faute chirurgicale.

Pour la fracture du pied compliquée de luxation, j'aurais pu peut-être faire la résection, qui dans plus d'un cas m'a donné des résultats excellents; mais je m'étais abstenu, comptant sur la bonne constitution du sujet, sur le milieu où il vivait, beaucoup plus

salubre que celui de l'hôpital, et aussi sur l'efficacité du pansement.

Bref, dans aucun de ces cas, l'opération préventive ne me parut indiquée, car la crainte du tétanos ne me fera jamais renoncer au légitime espoir de conserver les membres atteints de plaies contuses. Mais ce tétanos apparu devais-je persévérer dans l'expectation? Je crois avoir déjà dit quelque part que, dans les régions tropicales, où la maladie est très commune, certains chirurgiens pratiquent le plus tôt possible l'amputation et affirment qu'elle est la seule ressource efficace. J'ai toujours, pour ma part, reculé devant cette mesure extrême; mais je me demande aujourd'hui si réellement la chirurgie conservatrice ne va pas trop loin, s'il ne conviendrait pas de revoir sérieusement ce point de pratique et de faire plus hardiment la part du feu, jusqu'au moment du moins où la thérapeutique nous aurait donné contre le tétanos des méthodes curatives plus sûres.

J'ai regretté de n'avoir pas amputé l'avant-bras de l'enfant dans les premières vingt-quatre heures, avant l'élévation de la température et dès l'apparition du trismus et de la dysphagie. Je sais bien que l'amputation n'a pas donné jusqu'ici des résultats bien brillants; mais en lisant les observations il est facile de se convaincre qu'elle a été souvent pratiquée trop tard ou dans des cas où la fièvre traumatique intense diminuait beaucoup les chances de succès.

Le professeur Spence, d'Edimbourg, émettait tout dernièrement (*The Lancet*, 22 avril 1876, p. 602), à propos d'un cas de tétanos guéri par l'amputation, des idées à peu près analogues que je crois utile de reproduire. Voici d'abord un résumé du fait :

OBS. — *Tétanos traumatique consécutif à une plaie du genou. — Amputation à la partie supérieure de la cuisse. — Guérison*[1].

W. M..., cinq ans, fut admis dans le service de M. Macdonald le 19 février 1876. Un mois auparavant il s'était fait, en tombant d'une voiture, une plaie profonde à la face interne du genou. On se contenta d'y faire un point de suture et d'appliquer un pansement simple. L'inflammation s'étendit d'abord en superficie, et, trois semaines après l'accident, le genou commença à enfler. Quelque temps avant l'entrée, on remarqua que la bouche était raide et que le malade ne pouvait avaler d'aliments solides.

A l'entrée, on trouve une large plaie pénétrante du genou, laissant le condyle interne du fémur à découvert. Mauvais état général;

1. Cette observation est rapportée à un autre point de vue in *Mémoires de chirurgie*, t. IV, p. 348.

appétit conservé. Température, 38°,8. Potion contenant 60 centigrammes de chloral et 1 gramme de bromure de potassium. Nuit sans sommeil.

Le lendemain matin, température, 37°,7; le soir, 39°,4. A huit heures, accès d'opisthotonos qui dure deux minutes. On met le malade sous le chloroforme. Le professeur Spence, appelé en consultation, émet l'opinion que pour la blessure seule il faut amputer. A huit heures et demie, on ampute la cuisse au tiers moyen. On maintient les lambeaux en place par trois bandelettes agglutinatives et l'on recouvre le moignon d'une couche de charpie trempée dans une solution phéniquée. Pendant l'opération, l'enfant eut deux attaques de spasme, quoique sous le chloroforme. On lui administra en une fois 1fr,20 de chloral, mais en sortant du chloroforme il eut des accès d'opisthotonos survenant toutes les dix minutes pendant deux heures; on redonna alors la même dose de chloral, et il resta calme pendant quarante-cinq minutes. Après chaque spasme on lui donna 30 centigrammes de chloral, et à trois reprises on lui fit une injection de trois, cinq, sept gouttes et demie d'une solution de sulfate d'atropine.

Les jours suivants, les accès diminuèrent. On continua le chloral pendant une semaine. La température tomba à 37° le deuxième jour après l'opération; pendant neuf jours elle se maintint entre 36°,6 et 37°,2, alors elle monta brusquement par l'apparition d'un rash rubéolique.

Le 14 mars tout était fini, et le moignon s'était cicatrisé presque par première intention.

Note de M. Spence. — « En rapportant le cas précédent à titre de contribution au traitement d'une maladie très obscure, je ne voudrais pas qu'on me prêtât l'opinion que l'amputation, en enlevant la cause et interceptant la continuité entre les nerfs périphériques irrités et les centres nerveux, réussirait à arrêter les symptômes tétaniques dans tous les cas où ils naissent à la suite de blessure d'un membre. Un seul cas heureux ne suffit pas pour soutenir une pareille opinion.

» J'ai pratiqué fréquemment l'amputation de doigts écrasés dans le tétanos, mais sans aucun succès, bien que l'opération eût été faite de bonne heure. A la vérité, la marche des cas de tétanos traumatique conduirait plutôt à l'idée que lorsque les symptômes se manifestent nettement, il est déjà survenu dans les centres nerveux certains changements que l'ablation de la cause première ne peut modifier parce qu'elle vient trop tard; mais le fait que je viens de

rapporter m'autorise, je crois, à dire qu'aucun moyen thérapeutique autre que l'amputation n'aurait soulagé le patient; et l'on peut regarder cette opération comme la partie principale du traitement. Dans ce cas, l'état de désorganisation du genou ne permettait pas d'hésiter; mais d'après mon expérience du tétanos, je pense que la surface cutanée, irritée et ulcérée, était la cause excitatrice réelle, et le résultat obtenu doit certainement encourager à amputer dans les cas semblables, même lorsque la lésion locale serait moins grave. »

Je rappelle, avant de continuer, que le second blessé du Dr Baker fut amputé du doigt malade et qu'il n'en mourut pas moins.

A défaut de l'amputation, il conviendrait peut-être de songer plus qu'on ne le fait à la névrotomie ou à la neurotripsie, qu'il serait assez aisé de mettre en usage, au moins dans les blessures portant sur la jambe et le pied, l'avant-bras et la main.

Dans sa première observation, le Dr Baker a sectionné le nerf plantaire interne gravement lésé, mais le tétanos était déjà très avancé et l'opération ne parut point avoir d'influence sur lui.

Dans mon cas de fracture du cou-de-pied, j'ai été pendant presque toute la durée du mal, c'est-à-dire pendant trois jours au moins, dans la plus grande perplexité, hésitant sans cesse entre l'espoir de guérir à la fois la blessure et le tétanos, et cette idée que peut-être en sacrifiant le membre j'atténuerais la gravité de la complication.

Je ne sais ce qui serait advenu si j'avais été plus hardi, mais à coup sûr je n'aurais pas obtenu un pire résultat.

A la prochaine occasion, je me promets bien de mettre plus sérieusement dans la balance les avantages possibles de la médecine opératoire associée à la médication interne; je tiendrai surtout compte des résultats remarquables que m'a donnés la neurotripsie dans deux cas récents de spasmes traumatiques à allures très alarmantes (Voy. la note de la page 320).

Dans mes trois cas, j'ai employé à hautes doses le chloral, qui s'est montré tout à fait impuissant, n'arrivant pas même, au moins chez mes deux premiers malades, à entraver ni à retarder la marche aiguë du mal.

Les blessés du Dr Baker, traités aussi par le chloral, ont également succombé.

Cette série n'est pas encourageante et justifiera les doutes de ceux qui ne croient guère à l'efficacité de l'agent nouveau.

Dans tous ces cas le chloral a été impuissant, ai-je dit. Je ferai remarquer cependant que si l'on veut un jour établir une statistique

pour juger la valeur réelle de ce médicament, il sera juste de tenir compte de la gravité du cas où on l'a employé et de faire du moins deux catégories; dans l'une on placerait les lésions plus ou moins légères, mais ne compromettant pas nécessairement la vie, l'écrasement de la main, par exemple; dans la seconde, au contraire, on inscrirait les blessures graves, comme les grandes fractures compliquées, les plaies d'armes de guerre, et enfin les cas presque fatalement mortels par eux-mêmes; comme celui de ma première observation. Toute médication dans des circonstances pareilles serait condamnée à un échec certain.

J'ajouterai quelques mots sur l'administration du chloral. Ce médicament en solution aqueuse possède, il faut en convenir, une saveur fort désagréable et surtout irritante pour la muqueuse pharyngienne. Chez mes trois malades, son contact avec l'arrière-gorge déterminait à l'instant même des contractions et de la suffocation, et ce n'est pas la première fois que je note cette circonstance. Il en était de même chez la malade du Dr Baker. Il faudra donc, dans de telles conditions, choisir la voie rectale. Les quarts de lavement à 2 grammes de chloral fréquemment administrés amenant les effets cherchés, je n'ai pas songé un seul instant, comme on peut le croire, aux injections intra-veineuses.

Mais il est une dernière question à poser, sinon à résoudre. Non content de constater que le chloral a été inefficace et même d'une administration difficile, je dois, pour répondre à des doutes exprimés, me demander s'il n'a pas été nuisible, et si, par hasard, il n'aurait pas contribué pour sa part à l'issue fatale; si, en d'autres termes, mes patients n'ont point été empoisonnés.

Il n'est malheureusement pas très rare de voir certains malades succomber par le fait même de la médication instituée pour les sauver, et je ne crois pas qu'il existe beaucoup d'agents thérapeutiques internes ou externes tant soit peu énergiques qui n'aient à leur passif un certain nombre de désastres semblables. Le chloral ne fait point exception à la règle.

C'est en examinant avec la plus grande attention et une bonne foi absolue la marche du mal et les causes de la mort qu'on arrive à constater ces cas regrettables. Or, si je recherche comment ont fini mes trois tétaniques et si je confronte les derniers phénomènes observés et les résultats nécroscopiques, je disculpe tout d'abord le chloral.

Dans le premier de mes cas, le malade a évidemment succombé à l'asphyxie. M. Richet, mon interne, qui a suivi avec soin les progrès

croissants du mal, pense que l'obstacle à l'introduction de l'air siégeait essentiellement dans la glotte; aussi avait-il songé à pratiquer la trachéotomie[1].

Le petit malade, à mon avis, est mort surtout par le cœur. Ce mécanisme est admis depuis longtemps, et l'on a même pensé que la chose pouvait se faire soit par paralysie, soit par contracture du muscle cardiaque. Je reconnais que les preuves alléguées à propos de ce dernier mécanisme ne sont pas très concluantes; mais il me semble que dans le cas présent mon hypothèse est acceptable.

Je rappelle, en effet, ce qui s'est passé dans les deux dernières heures de la vie. A trois heures l'enfant était assoupi, mais calme, conservant son intelligence et assez vivement coloré; tout à coup il pousse un cri, devient extrêmement pâle, et à partir de ce moment reste blême, ne reconnaît plus personne et ne parle plus.

A coup sûr ce ne sont point là les signes de l'asphyxie, mais bien plutôt ceux de la syncope, ou, pour parler plus exactement, de l'ischémie cérébrale.

A l'autopsie, décoloration des méninges et anémie des *centres* nerveux. Nulle trace de congestion pulmonaire, et, au contraire, sang rare, spumeux, vermeil dans les poumons; cœur fortement revenu sur lui-même et très dur, les cavités à peu près vides de sang. Ne peut-on pas dire qu'il y a eu contracture du cœur, asystolie relative et défaut d'une projection suffisante du sang vers le cerveau et le poumon? La présence des ecchymoses sous-péricardiques plaide assez en faveur d'un spasme tonique des fibres cardiaques.

Si l'on compare tout cet ensemble de phénomènes à quelques résultats expérimentaux récemment publiés, il est certain qu'on peut songer ici à un empoisonnement chloralique. Évidemment la chose mérite un examen sérieux. Toutefois, je ferai remarquer en terminant que la mort par le cœur dans le tétanos a été notée déjà à une époque où le chloral n'était pas encore découvert.

J'ai dit plus haut que je n'admettais pas entièrement l'interprétation du Dr Baker au sujet des causes de la mort chez ses deux malades. Tous deux, en effet, à moins d'incriminer le chloral, me paraissent être morts par le cœur, mais d'une manière différente, lente dans le premier cas, brusque dans le second. Dans le premier cas, il n'y avait pas eu de troubles très marqués de la respiration, et vers la fin tout essai d'ingestion des médicaments

1. Quoique je n'aie pas la preuve matérielle du fait, je suis persuadé que le fracturé est mort d'une pneumonie à la production de laquelle la médication est restée étrangère. Le cas de l'enfant est le seul qui prête à la discussion.

provoquait de la suffocation; la langue devint noirâtre, le pouls imperceptible, la malade perdit connaissance et mourut quatre heures après. On peut, comme chez l'enfant, penser qu'il s'agit là d'un spasme progressif du cœur. Dans le second cas le malade meurt brusquement, sans dyspnée, sans devenir livide, comme lorsqu'on meurt de syncope, et je suis tout disposé à admettre, avec l'auteur de l'observation, qu'il s'agit là d'un spasme, brusque cette fois, des fibres musculaires du cœur. Il est à regretter malheureusement que l'autopsie soit restée muette sur ces points.

Je ne veux pas étendre outre mesure cette note, et cependant il me serait facile, en fouillant dans la littérature étrangère, de rassembler un grand nombre de faits de guérison de tétanos par *l'hydrate* de chloral. Je viens, ces jours-ci même, de recevoir une lettre de M. Grandesso Silvestri, connu déjà par ses travaux sur la ligature élastique, et qui depuis 1870 a adopté le chloral dans le traitement du tétanos. Il me rapporte que dans les cinq dernières années qui viennent de s'écouler il compte une série *non interrompue de dix succès*, tirés soit de sa pratique, soit de celle de deux de ses confrères, les docteurs Francesco Fiorese, de Bolzeno-Vicentino, et Domenico Rasia, de Comedo[1].

Tous ces faits, j'en conviens, ne sont pas également probants, et quelques-uns pourraient être rangés dans la catégorie des tétanos légers ou à forme bénigne, mais ils n'en montrent pas moins l'efficacité de la médication chloralique dans ces cas toujours menaçants où le trismus n'est souvent que le signe précurseur d'un tétanos généralisé.

1. *Gaz. med. ital. prov. Venete*, 1875, n° 27, 30, 51.

DE LA TEMPÉRATURE DANS LE TÉTANOS

Dans sa thèse inaugurale (Paris, 1876) M. le D. A.-E. Thomas, s'inspirant des idées émises dans l'article précédent, cherche une solution à cette double question :

1° L'élévation de la température dans le tétanos est-elle constante ?

2° Quelle est la cause de cette élévation ?

Pour arriver à ce but il examine, comme je l'ai fait, le rôle que peut jouer dans ce phénomène :

1° La contracture ; 2° la lésion préexistante ; 3° les complications de celle-ci ou du tétanos lui-même.

M. Thomas donne d'abord quelques renseignements historiques sur la question.

Il y a déjà longtemps que l'élévation de température dans le tétanos a attiré l'attention des observateurs.

En 1765, de Haen décrivait un cas de tétanos rhumatismal qui dura vingt jours, et dans lequel, depuis le septième jour de la maladie jusqu'à la mort, il observa une température de 101, 102, 103° Fahrenheit = 40° centigrades.

Vers 1788, d'autres médecins observèrent également dans des cas de tétanos des températures encore beaucoup plus élevées.

Bright, dans un cas de tétanos traumatique, trouva une température axillaire de 105° Fahrenheit = 40°,5 centigrades.

Prévost, chez un enfant de douze ans atteint de tétanos, trouva, dans l'aisselle, 110°,45 Fahrenheit = 43°,75 centigrades.

En 1821, Fournier, après avoir fait des observations sur la fièvre tétanique, disait : « Celui qui croit que le tétanos n'est pas accompagné de fièvre, celui-là n'a pas observé la maladie ».

Billroth prétend que les cas aigus évoluent avec une fièvre violente, les cas chroniques avec une fièvre légère ou même sans fièvre.

On ne tarda pas à découvrir que, dans le tétanos, la température continuait encore à s'élever même après la mort. Ce fut Wunderlich qui, le premier, signala ce fait : il décrivit, en 1861, un cas de tétanos rhumatismal dans lequel la température monta au moment de l'agonie à 44°,75 C., et cinquante-cinq minutes après la mort, attei-

gnit 45°,4, alors que tous les muscles étaient en résolution complète.

Les observations de ce genre se multiplièrent bientôt.

Je laisserai de côté l'élévation de température *post mortem*, pour ne m'occuper que de celle qu'on signale dans les derniers moments de la vie, laquelle, d'après M. Verneuil, serait de règle. Pendant les derniers jours ou les dernières heures qui précèdent la mort, elle est du plus mauvaise augure, et, lorsqu'on la constate dans un cas qui jusque-là marchait favorablement, il faut d'ordinaire abandonner l'espoir de la guérison.

Physiologistes et cliniciens se sont efforcés de trouver l'explication de ce phénomène. Nombre d'hypothèses ont été émises. On a attribué le fait à l'asphyxie, à l'intensité et à la généralisation de la contracture.

Cette dernière opinion a été soutenue avec talent par un jeune docteur trop tôt enlevé à la science, A. Muron, préparateur de physiologie à la Faculté de Paris, qui en 1873, à la suite d'un certain nombre d'expériences faites dans le laboratoire du professeur Béclard, énonçait cette conclusion : *la cause productrice essentielle de la chaleur dans le tétanos est la contraction musculaire.*

D'autres ont rattaché cette élévation de température : a l'altération du sang consécutive à l'exagération fonctionnelle des muscles; à l'irritation de la moelle épinière, et surtout de sa partie supérieure; à un degré plus ou moins prononcé de myélite; à l'excitation d'un foyer régulateur de la chaleur animale, qu'on place arbitrairement dans la moelle allongée, etc.

M. Verneuil déclare qu'aucune de ces hypothèses ne peut le satisfaire. Il pense plutôt que la brusque élévation de la température et l'aggravation du pronostic doivent être attribuées aux complications thoraciques qui surviennent dans le cours du tétanos sous l'influence de l'irritation violente de la moelle.

Voilà où en est aujourd'hui la question. Nous verrons plus loin à quelles conclusions pourra conduire l'analyse des observations.

Je diviserai celles-ci en deux catégories, suivant que l'élévation de température a lieu d'une manière régulière ou qu'elle présente des anomalies.

La première catégorie comprend des faits dans lesquels on ne peut faire intervenir le traumatisme comme cause de l'élévation de température.

La deuxième, au contraire, renferme des observations dans lesquelles la blessure ou ses complications semblent jouer un rôle dans cette élévation.

Obs. I. — ***Tétanos spontané, où par conséquent l'élévation de température est bien le fait du tétanos seul*** (Delpech, *in* Richelot, *Thèse d'agrég.*, 1875, p. 148).

12 septembre, 38°,3 au matin.

14 septembre 38°,2. Les pectoraux et les muscles de l'abdomen sont contracturés, la tétanisation est plus étendue que le premier jour, cependant la température n'est pas plus élevée.

17 septembre, 37°,8.

18 septembre, 38°,1. Amélioration très sensible, tétanisation beaucoup moins marquée, cependant la température est plus élevée que la veille de trois dixièmes de degré.

26 septembre, 38°,7. Meilleur état musculaire, abdomen mou, trismus moindre, mouvements latéraux du cou possibles; pectoraux détendus, mouvements des bras libres. En résumé, amélioration notable de la contracture musculaire. Or, c'est précisément ce jour-là que la température est le plus élevée.

27 septembre, 38°,2. Un peu de toux, difficulté à cracher; voies aériennes embarrassées par des mucosités que le malade ne peut rejeter. A neuf heures, mort subite.

En somme, la température s'est maintenue sensiblement au même niveau pendant tout le cours de la maladie et n'a guère varié que de trois à quatre dixièmes de degré. Il y a donc désaccord formel entre ses variations et celles de la contracture musculaire.

Autopsie. — Dure-mère cranienne congestionnée; dure-mère rachidienne légèrement injectée; centres nerveux sains;

Poumons fortement congestionnés.

On ne peut attribuer l'élévation de température qu'à la congestion des méninges, et surtout des poumons. Ici le tétanos s'est compliqué dans les derniers moments d'une lésion inflammatoire de ces organes qui a emporté le malade, ce qui vient donc à l'appui de l'hypothèse émise par M. Verneuil.

Il est à regretter que l'exploration thermométrique n'ait pas été faite matin et soir; peut-être aurait-on trouvé dans les dernières heures, au moment où l'on constatait l'embarras des voies aériennes, une température très élevée.

Obs. II. — ***Tétanos traumatique sans plaie. On est réduit pour expliquer la maladie, à supposer une rupture musculaire*** (Verneuil, *Thèse de Soubise*. — Voy. plus haut, p. 227).

TEMPÉRATURE AXILLAIRE.

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
17 juillet 1870..	38°	37°,5	21 juillet 1870..	38°,4	37°,9
18 —	38°	38°,2	22 —	38°,3	38°,4
19 —	38°,2		23 —	38°,2	38°,4
20 —	37°,8	38°,2	24 —	38°,2	

Il est fort douteux qu'une simple rupture musculaire puisse donner lieu pendant huit jours à une élévation de température qui s'est maintenue constamment aux environs de 38 degrés.

Le malade étant sorti guéri, nous ne pouvons chercher les causes de cette élévation dans des lésions anatomiques.

Cette observation prouve donc simplement que le tétanos, à lui seul, élève la température.

Obs. III. — *Tétanos traumatique durant un mois et demi. — Traitement par la morphine et les bains de vapeur* (Lorain, *Thèse de Leclerc*, Paris, 1872, p. 21).

TEMPÉRATURE RECTALE.

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
8 février......		39°,1	26 février.....	37°,8	38°
9 —	37°,9	39°,2	27 —	38°	38°
10 —	39°,2	38°,9	28 —	37°,8	38°,3
11 —	39°,2	40°,1	1 mars.......	38°	37°,8
12 —	40°,1	40°,6	2 —	37°,7	39°
13 —	39°,6	40°	3 —	38°,2	38°,7
14 —	39°	40°	4 —	37°,8	38°,5
15 —	39°,5	40°	5 —	37°,8	38°,2
16 —	39°	39°,4	6 —	38°	38°
17 —	38°,4	38°,5	7 —	37°,9	38°,2
18 —	38°,2	38°,1	8 —	37°,8	37°,8
19 —	38°,2	38°,7	9 —	37°,6	37°,5
20 —	38°,1	39°	10 —	38°	37°
21 —	38°	38°,7	11 —	37°,5	37°,8
22 —	37°,8	38°	12 —	38°	37°,8
23 —	37°,6	38°	13 —	37°,6	37°,6
24 —	37°,6	37°,9	14 —	37°,5	37°,9
25 —	37°,6	38°,3	15 —	37°,6	37°,7

Au moment où on commence à se servir du thermomètre, le

trauma (écrasement de la dernière phalange de l'indicateur, avec arrachement de l'ongle) date déjà de vingt jours. Comme il n'en est plus question dans le cours de l'observation, j'en conclus donc qu'il devait être à peu près guéri, et que par conséquent il n'y a pas lieu de lui imputer la moindre part dans l'élévation de température.

Le 9 février au matin, 37°,9, raideur excessive.

Le 12 au matin, 40°,1, cependant la raideur est beaucoup moins considérable; il y a une diminution notable de l'état tétanique.

Le soir, 40°,6; accès de suffocation, sans contracture des muscles thoraciques.

Le 13 au matin, 39°6, ; soir, 40°. Dans la nuit, accès de suffocation graves. Langue sèche, fuligineuse.

On remarquera que ces élévations notables de la température du 12 et du 13 coïncident avec des accès de dyspnée, à un moment où la tétanisation n'est pas très accentuée. Je regrette que l'examen de la poitrine n'ait pas été pratiqué alors, il aurait pu donner peut-être des renseignements utiles sur l'état des poumons.

Ici encore, je suis porté à considérer comme cause de l'élévation de température une congestion pulmonaire passagère.

Notons que les accroissements de l'état tétanique n'ont eu aucune influence sur les oscillations de la température, puisque, au moment même où celle-ci était très élevée, le 13, par exemple, la tétanisation, au contraire, était peu intense.

Obs. IV. — *Petit ulcère variqueux.* — *Tétanos subaigu.* — *Traitement par les bains de vapeur, la morphine et le chloral.* — *Guérison* (S. Duplay, *Thèse de Richelot*, p. 133).

TEMPÉRATURE AXILLAIRE.

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir
14 août 1872....		38°,8	19 août........	36°,9	37°,8
15 —		37°,8	20 —	36°,8	37°,5
16 —	39°,6	40°	21 —	37°,9	
17 —	38°,7	39°,4	22 —	36°,9	
18 —	37°,4	37°,5			

Comme l'ulcère, peu profond et d'une faible étendue, ne s'e[st] compliqué ni de phlébite, ni de lymphangite, ni d'érysipèle, il e[st] impossible de lui attribuer une influence sur l'élévation de tempé-rature constatée au début du tétanos.

L'ascension notable qui eut lieu dans la journée du 16 : 39°,6 le matin, 40° le soir, coincide avec une aggravation de la contracture musculaire. Mais sans être complètement tombée le 17, elle précède de trente-six heures l'apparition d'une éruption cutanée qui ressemble à de l'urticaire, et qui peut-être a fait monter brusquement le thermomètre.

En somme, le tétanos a élevé la température au début; puis, une maladie intercurrente a déterminé une ascension rapide pendant le cours même de l'affection.

Obs. V. — *Plaie par écrasement de la main. — Pansement ouaté. — Suites immédiates très bénignes. — Tétanos le dixième jour. — Mort quarante-six heures après* (Verneuil. Voy. plus haut, p. 272).

Le 16 février, jour de l'entrée, la température est à 37°,2.

Le 17, 39 degrés.

Le 18, 38°,6.

Le 19, la fièvre traumatique primitive a cessé.

Tout va bien jusqu'au 26; ce jour-là le trismus se déclare, ainsi que l'opisthotonos et la dysphagie : la température cependant ne s'élève pas sensiblement : 37°,6.

Le 27, 37°,4 matin; 37°,6 soir.

Le 28 matin, élévation brusque : 39°,8.

A trois heures du soir, 41°,8.

Ainsi, pendant les vingt-quatre premières heures, la température ne dépasse pas 37°,6; mais dans les vingt-deux dernières, elle atteint progressivement 41°,8.

On s'attendait à trouver, à l'autopsie, une complication pulmonaire grave; or, il n'y a pas autre chose que de petites ecchymoses sous-séreuses et de très petits foyers hémorrhagiques disséminés dans le tissu des poumons. Du reste, ni congestion intense, ni trace d'hépatisation. Des coupes très multipliées faites dans le cerveau n'y découvrent aucune lésion.

On ne peut trouver nulle part l'explication de cette élévation considérable de la température. Il est impossible de l'attribuer à la contracture musculaire, puisque la mort a eu lieu sans convulsions, ni asphyxie, ni suffocation, mais par affaiblissement progressif de la respiration.

Sans doute, les petites ecchymoses sous-pleurales et les petits foyers hémorrhagiques dans les poumons sembleraient indiquer

que ces organes ont été, à un moment donné, le siège d'une congestion assez violente pour causer la rupture d'un certain nombre de petits vaisseaux ; mais comment admettre que cette congestion n'ait pas laissé d'autres traces?

OBS. VI. — *Tétanos traumatique guéri par le chloral. — Écrasement d'un doigt datant de quinze jours au moment où le malade fut mis en observation* (Verneuil, *Thèse de Soubise.* Voy. p. 179).

TEMPÉRATURE AXILLAIRE.

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
29 janvier.....	36°,2	37°,6	4 février.......	38°,6	39°
30 —	37°	37°,2	5 —	37°,5	38°
31 —	37°	37°,6	6 —	37°,9	38°,2
1 février......	37°,7	38°	7 —	38°,4	38°
2 —	37°,8	38°,8	8 —	38°	38°,3
3 —	39°	38°,2			

L'élévation de température ne peut pas être mise sur le compte du traumatisme, puis qu'au moment où le malade entra à l'hôpital, l'accident datait déjà de quinze jours, et que la plaie en voie de cicatrisation était très peu douloureuse à la pression.

La température ne monta pas beaucoup les premiers jours.

Le 31, elle était à 37° le matin, 37°,6 le soir; ce jour-là cependant la contracture, en progrès, envahissait les muscles abdominaux et les abducteurs de la cuisse.

Le 3 février, 39° le matin. A ce moment pourtant, les muscles sont en état de relâchement, les spasmes sont rares et peu douloureux.

Le 4, 39° le soir; les muscles sont plus relâchés que jamais.

Le 5, 37°,5 le matin, avec cette température peu élevée, la contracture est assez forte et paraît plus générale.

Le 6, 37°,6 le matin. Température peu élevée, contracture plus forte que jamais.

Cette observation nous apprend que des températures élevées coïncident avec des périodes de relâchement et des températures basses avec des périodes de contracture.

Donc désaccord formel entre ces deux termes : élévation de température et contracture musculaire.

Obs. VII. — *Tétanos traumatique aigu, traité par l'opium et le chloral. — Mort* (L. Labbé, *Thèse de Richelot*, p. 122).

TEMPÉRATURE RECTALE.

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
18 janvier 1874.	38°	38°,2	20 janvier......	38°,8	39°,5
19 —	38°,3	39°,8			

Ici, le traumatisme paraît avoir joué un certain rôle dans l'élévation de la température ; mais on me permettra de faire remarquer que l'élévation du dernier jour, 38°,5 le matin, 39°,5 le soir, coïncide avec l'existence de râles trachéaux et d'écume à la bouche et que le malade mourait dix heures plus tard, sans secousse convulsive terminale.

L'autopsie ne fit constater rien autre chose qu'une *congestion très accusée des poumons.*

Il semble donc évident que l'élévation de température dans les dernières heures, et la mort, ne peuvent être attribuées qu'à cette congestion.

Obs. VIII. — *Tétanos traumatique subaigu. — Traitement par la morphine. — Mort* (L. Labbé, *Thèse de Richelot*, p. 127.)

TEMPÉRATURE RECTALE.

	Matin.	Soir.			Matin.	Soir.
15 juillet 1874.		39°,3	Début du	20 juillet.	38°,1	38°,2
16 —	38°,3	33°,3	trismus.	21 —	37°,2	37°,4
17 —	39°,3	38°,2		22 —	37°,2	37°,4
18 —	37°,1	38°,3		23 —	37°,3	37°,9
19 —	37°,4	38°,4		24 —	38°,5	39°

Ici le traumatisme est assez considérable (écrasement du pied droit et de la main gauche). On peut donc s'attendre à constater de la fièvre traumatique. En effet, depuis l'entrée jusqu'au vingtième jour, où débuta le trismus, la température oscille le soir entre 39°,3 et 38°,2.

Quand le trismus commence, elle est à 38°,1 matin, 38°,2 le soir. Le lendemain, le trismus est plus accusé, la température tombe à

37°,2 matin, 37°,4 soir. Elle reste au même degré le surlendemain, cependant la contracture a envahi un nouveau groupe musculaire et il s'est déclaré un peu d'opisthotonos.

Le 24, la température monte à 38°,6 le matin, 39° le soir.

Cette élévation précède de quelques heures la mort, qui arrive après une courte asphyxie.

A l'autopsie, congestion pulmonaire intense, méninges rachidiennes fortement colorées en rouge vif, moelle très congestionnée dans toute son étendue.

Ainsi le tétanos semble avoir abaissé la température de presque 1 degré, pendant les trois premiers jours. Mais le quatrième jour, quelques heures avant la mort, la température s'élève d'environ 2 degrés.

A quoi attribuer la mort et l'élévation *præ mortem* de la température? Est-ce à l'asphyxie causée par la rigidité des muscles du tronc, à la congestion pulmonaire ou à la congestion de la moelle? Je crois qu'il est impossible de se prononcer. Il n'en est point pas moins vrai que cette fois encore une congestion pulmonaire intense s'est produite avant la mort.

Obs. IX. — *Tétanos traumatique chronique.* — *Traitement par le chloral et la morphine.* — *Guérison* (L. Labbé, *Thèse de Richelot*, p. 137).

TEMPÉRATURE RECTALE.

1874		Matin.	Soir.			Matin.	Soir.
6 juillet	....	39°,2	39°	25 juillet	....	40°,1	40°,2
7 —				26 —	....	37°,4	39°,1
8 --	....	38°,3	39°,2	27 —	....	38°	39°
9 —	....	38°,8	39°	28 —	....	38°,3	38,4
10 —	Adénite...	38°,3	40°,2	29 —	....	38°,1	38°,2
11 --	....	40°,2	39°,4	30 —	....	38°	38°,2
12 —	....	40°	39°,3	31 —	....	38°,3	38°,3
14 —	....	39°,3	40°	1er août	....	38°4,	39°
15 —	....	38°,4	39°,1	2 —	....	38°,2	38°,2
16 —	....	39°,2	39°,1	3 —	....	38°,2	39°
17 —	....	38°,3	40°,1	4 —	....	37°,4	39°,1
18 —	....	38°,1	40°	5 —	....	37°,4	38°,4
19 —	....	38°,1	39°,6	6 —	....	38°,3	39°
20 —	....	38°	38°,2	7 —			
21 —	....	37°,4	38°,1	8 —	....	38°	39°
22 —	....	37°,4	38°,3	9 —	....	38°,4	38°,4
23 —	....	38°	39°,1	10 —	....	39°,2	39°,1
	Début du			11 —	....	38°,3	39°,1
24 —	trismus....	38°,1	39°,3				

Blessure grave. Nous avions donc à compter avec la fièvre traumatique. En effet, jusqu'au 24 juillet, jour où survient le tétanos, la température est très élevée ; 38°, 39°, quelquefois 40 degrés.

Le trismus se déclare le 24 ; la température reste sensiblement la même que le 23.

Mais le 25, sans qu'il y ait eu aucune aggravation ni dans l'intensité ni dans l'étendue de la contracture, le thermomètre monte à 40°,1 le matin et à 40°,2 le soir. On ne signale à ce moment aucune complication du côté de la plaie capable d'expliquer cette élévation de température, qu'on ne peut attribuer à la fièvre traumatique, puisque depuis cinq jours déjà le thermomètre donnait des températures moins élevées.

Je regrette que l'auscultation n'ait pas été pratiquée dans cette journée du 25.

Le 26, la température retombe à 38° ou 39°, chiffre qu'elle gardera durant toute la maladie.

J'attribue l'élévation du début à la fièvre traumatique et aussi à un peu de lymphangite passée inaperçue sous le bandage ouaté, car le 10 au soir on notait une légère adénite inguinale. L'élévation de la fin paraît devoir être attribuée à un vaste décollement renfermant 200 grammes de pus, à la partie postérieure de la jambe.

L'élévation du 25 juillet reste seule inexpliquée.

Le malade sortit guéri.

Obs. X. — *Tétanos à marche aiguë. — Marche ascendante rapide de la température. — Injection de chloral dans les veines. — Disparition des accidents tétaniques et abaissement de la température, retour des accidents tétaniques et élévation de la température* (Labbé, *Bull. de la Société de chirurgie*, 1874, p. 173).

De cette observation il semble ressortir très nettement un rapport de cause à effet, entre l'intensité de la contracture et l'élévation de la température. — A l'autopsie, congestion des poumons, du foie, de la rate et des reins.

Obs. XI. — *Plaie par écrasement de la main gauche. — Tétanos. — Traitement par l'alcool, les bains de vapeur et les courants continus. — Mort* (Lefort, *Bull. de la Société de chirurgie*, 1872, p. 481).

Cette observation plaide en faveur de l'hypothèse de M. Verneuil ;

en effet, trois heures avant la mort, on note une température de 40°, et au même moment l'auscultation fait entendre des râles muqueux.

On dira qu'à ce moment, il y avait une raideur considérable, mais la complication pulmonaire n'en existait pas moins.

Il est fort difficile de savoir lequel des deux a causé la terminaison funeste et l'élévation de la température ; mais j'ai vu tant de fois dans les observations la contracture musculaire n'influer en aucune façon sur l'élévation de température, que je suis disposé à considérer la complication comme la cause sinon unique, au moins principale de cette élévation.

Ici, du reste, comme dans l'observation précédente, l'absence des détails nécroscopiques est regrettable.

Obs. XII. — *Congélation des deux pieds chez un homme atteint de granulie aiguë.— Pansement ouaté. — Soulagement rapide. — Tétanos aigu. — Mort seize heures près l'invasion* (Verneuil, Voy. plus haut, p. 268).

Dès l'entrée, on constate un état cachectique dont on ne peut découvrir la cause.

Du 19 au 23 février, la température, très élevée, oscille entre 39° et 40°,5, sans qu'il y ait encore de tétanos et malgré un soulagement manifeste.

Le 23 au matin, le tétanos se déclare : trismus, dysphagie, opisthotonos : ce jour-là précisément, la température tombe à 37°,4, la mort arrive à sept heures du soir.

Voici le résumé des symptômes deux heures avant.

Tous les muscles des membres étaient agités de tremblements fibrillaires et de convulsions ; tout le tronc était rigide, opisthotonos cervical poussé à l'extrême ; yeux fermés par la contracture énergique des orbiculaires... Rire sardonique, trismus complet, déglutition impossible ; respiration purement diaphragmatique... Le malade se plaignait d'avoir très froid, bien que son corps fût baigné de sueur ; la température axillaire était de 38°,2 seulement.

Un semblable état de contracture doit bien être suffisant pour causer la mort à lui seul, surtout chez un malade où, à l'autopsie, on trouve dans les poumons, des deux côtés, une congestion générale, et du haut en bas, une éruption de granulations tuberculeuses disséminées.

Que l'on attribue la mort au tétanos seul ou à l'état des poumons, dans l'un comme dans l'autre cas, il y a lieu de s'étonner de

cette élévation si minime de la température dans les derniers moments. De toutes les observations citées dans cette thèse, celle-ci est la seule où il y ait eu une terminaison fatale, avec une température si peu élevée.

Malgré toute la confiance que je dois avoir dans la manière dont l'exploration thermométrique a été faite, j'avoue qu'une température rectale eût été mieux à l'abri des objections, surtout si je considère que la température axillaire a été prise précisément dans un moment où le corps du malade était inondé de sueur.

Obs. XIII. — *Tétanos traumatique.* — *Traitement par le chloral.* — *Mort* (Mollière, *Thèse de Soubise*. Voy. plus haut, p. 221).

TEMPÉRATURE AXILLAIRE.

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
30 mars 1870...	38°	38°	5 avril.........	38°,2/5	38°
31 —	37°,4/5	37°,4/5	6 —	38°,3/5	38°,4/5
1er avril......	37°,4/5	38°	7 —	39°	38°,1/5
2 —	38°,3/5	38°	8 —	38°,3/5	38°
3 —	38°,4/5	38°	9 —	38°,3/5	38°,2/5
4 —	38°,2/5	38°,2/5	10 —	40°,3/5	41°,2/5

Ainsi, à partir du 19 mars, jour de l'opération, jusqu'au 30 mars, c'est-à-dire précisément au moment où la fièvre traumatique aurait du se montrer, la température dépassa à peine 37°. L'opérée était donc demeurée sensiblement apyrétique pendant ces dix jours, et déjà la plaie se couvrait de bourgeons charnus de bonne nature.

Le 30 mars apparaît le trismus, aussitôt la température monte à 38 degrés.

Le 31 mars, il y avait, le matin et le soir, 37°,8 ; ce jour-là, on constate un ganglion engorgé au pli de l'aine.

Jusqu'au 10 avril, la température reste assez élevée, elle ne descend pas au-dessous de 38°. Tout cela, sans complication du côté de la plaie.

Le 10, la température monte subitement à 40°,6 le matin et 41°,4 le soir. En même temps, on constate à l'auscultation des râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon droit; la dyspnée est extrême.

Je concluerai avec l'auteur de l'observation :

« Quant à la cause de la mort, il est difficile de la préciser. Est-ce le tétanos? Cette opinion semble peu probable, car les spasmes

[illegible] disparu, les mo[illegible] [illegible]. Est-ce une complic[illegible] [illegible] ? [illegible] la question, mais l'élévatio[illegible] [illegible] de la température [illegible] en faveur de cette de[illegible] [illegible] »

OBS. XIV. — *F[illegible] de l'articulation tibio-ti[illegible] [illegible] — [illegible] — P[illegible]ment ouaté. — Té[illegible] [illegible] jour. — P[illegible] — Mort* (Verneuil, Voy. p. [illegible])

Trau[illegible] les deux premiers jours après l'a[illegible] dent, le dimanche et le [illegible], apyrexie à peu près complète. A[illegible] troisième jour, le mardi, la fièvre traumatique se développe, la te[illegible] pérature oscille autour de 38 degrés.

Du mercredi au samedi soir, elle dépasse un peu 39 degrés.

Dimanche matin 39°,4; soir 39°,9. Ce jour-là on constatait [illegible] trismus.

Le lundi, quand le mal est bien confirmé : à neuf heures du mati[illegible] 38°,5, à six heures du soir 38°,8, à huit heures du soir 38°,7. C'es[illegible] donc un abaissement sensible.

Mardi, même abaissement : 37°,2, 37°,9, 38°,6.

Mercredi, pendant toute la journée : 38°. Mais le soir, accès d[illegible] suffocation : 39 degrés.

Jeudi, le mal s'aggrave beaucoup; la température oscille tout l[illegible] jour entre 39 et 40 degrés.

Vendredi, la contracture diminue beaucoup, mais la poitri[illegible] s'embarrasse de plus en plus; on constate jusqu'à la mort 40° [illegible] 2 ou 3 dixièmes.

Je noterai d'abord que le jour où le trismus débuta, la tempér[illegible] ture était à 39°,4; que pendant les deux jours qui suivirent et ma[illegible] gré la confirmation du trismus et de l'opisthotonos, la températu[illegible] subit un abaissement d'un degré environ; que l'élévation de temp[illegible] rature qui commença le mercredi soir, et se continua toute la jou[illegible] née de jeudi en s'élevant progressivement de 39° à 40°, a coïncid[illegible] avec le début d'une complication pulmonaire; que, par une contr[illegible] diction singulière, ni le trismus ni la contracture de la nuque n'[illegible] taient considérables, dans les moments où la température fut le pl[illegible] élevée; enfin que chez ce malade, où la température se maintint tr[illegible] haute pendant les deux derniers jours, la contracture resta toujou[illegible] très peu étendue, puisqu'elle fut exclusivement limitée à la face

De cette observation résulte : que le tétanos peut coïncider avec n abaissement de la température au début; qu'il y a une contradic-ion complète, entre l'intensité ou l'étendue de la contracture et -lévation de la température; enfin que l'élévation de la température ans les derniers moments doit être attribuée à la complication pul-nonaire.

Conclusions. — On voit que, dans ces quatorze observations, il y toujours eu élévation de température, sinon au début, au moins à fin. Je ne connais pas d'observation sans élévation de température;

Que cette élévation de température, quelquefois minime, existe ême dans les cas spontanés, ou qu'on peut considérer comme tels, l'insignifiance du traumatisme.

Rose, il est vrai, rapporte bien un cas de tétanos dans lequel son alade est resté apyrétique jusqu'au bout. Je ne reproduirai de cette bservation que les chiffres et les conclusions.

Un jeune homme de seize ans, entré à l'hôpital pour un écrase-ent de la main, fut placé sous une tente, en compagnie d'autres alades. Le tétanos se déclara sept jours après l'accident, à la suite un refroidissement; il dura un jour et demi et fut suivi de mort.

« Il est important de remarquer, dit Rose à la fin de son observa-n, que toute l'évolution de ce tétanos a été libre de fièvre. »

Or, voici les chiffres qu'il donne .

	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
eptembre......	37°,2	38°,2	6 septembre......	36°,6	37°
—	37°,4	38°,2	Début du		
—	36°,2	37°	7 — tétanos.	36°	37°
			8 —	38°	38

l ajoute : « On voit bien, il est vrai, un changement dans la tem-ature; mais on peut observer, le soir, la même température 38° chez des hommes sains. »

Cette observation, en somme, me laisse incrédule, et la conclu-n semble pour le moins hasardée. Et d'abord, quelle distinction t-on faire entre ces deux mots « fièvre » et « changement de pérature », quand ce changement est une élévation de cinq ièmes de degré au-dessus de la normale. Ce n'est pas une tem-ature bien élevée que 38°, mais ce n'en n'est pas moins de la re. Enfin, il est possible que l'on ait observé, le soir, la tempé-ure de 38° chez des hommes sains, mais peut-être aussi serait-

on en droit de suspecter l'exactitude du thermomètre employé. Peut-être aussi les conditions d'exercice ou de repos dans lesquelles se trouvaient placés ces hommes sains auraient-elles dû être prises en considération.

Si je récapitule le résultat de ces recherches, je trouve :

Deux observations prouvant que la température peut s'abaisser au début du tétanos (Obs. VIII et XIV);

Une observation où il est impossible de faire la part du tétanos et celle d'une maladie coexistante, en tant que cause des variations de la température (Obs. XII);

Quatre observations où il y a une contradiction complète entre l'intensité ou l'étendue de la contracture, et l'élévation de la température (Obs. I, III, VI, XIV);

Une observation où l'élévation de température semble due à une maladie intercurrente (Obs. IV);

Une seule observation tendant à démontrer qu'il existe un rapport de cause à effet entre la contracture musculaire et l'élévation de température (Obs. X);

Enfin, sur huit cas suivis de mort où l'on a signalé une élévation notable de la température dans les derniers moments, six démontrent que cette élévation ultime doit être attribuée à une complication pulmonaire.

Si l'on joint à ces six observations les deux qui ont été lues par M. Verneuil à la Société de chirurgie, on aura ainsi une somme de preuves assez considérable à l'appui de son hypothèse, puisque, sur dix cas, huit fois la complication pulmonaire a été signalée.

Il me sera donc permis de formuler ces conclusions :

1° L'élévation de température dans le tétanos est constante. Il a été impossible de lui assigner une cause en cas de tétanos spontané ;

2° Cette élévation de température dans les cas traumatiques peut être due à une maladie intercurrente ou à une complication du traumatisme;

3° Dans la grande majorité des cas mortels, l'élévation notable de la température pendant les derniers moments est due au développement d'une lésion pulmonaire importante ;

4° Dans l'état actuel de la science, il est impossible de reconnaître une cause unique à l'élévation de température chez les tétaniques[1].

1. Force nous est d'avouer qu'à l'heure où nous écrivons (août 1886) nous ne pouvons rien changer à cette conclusion. — A. V.

Il m'a paru utile de mettre en regard l'étendue de la contracture musculaire et l'élévation correspondante de la température dans chacune des observations précitées :

OBSERVATION I.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Muscles de la face.	
Masséters.	
Muscles de la nuque.	38°,3.
— des membres supérieurs.	
— des membres inférieurs.	
— abdominaux.	8/10 de degré au-dessus de la normale.
— thoraciques.	

OBSERVATION II.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Muscles de la face.	38°,4
— des cuisses.	
— des jambes.	9/10 de degré au-dessus de la normale.
— abdominaux.	

OBSERVATION III.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Masséters.	40°,6
Diaphragme.	
Muscles des membres supérieurs.	3 degrés 1/10 au-dessus de la normale.
— des membres inférieurs.	
— des parois abdominales.	
— des parois thoraciques.	

OBSERVATION IV.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Masséters.	40°.
Muscles de la nuque.	
— des parois thoraciques.	2 degrés 5/10 au-dessus de la normale.
— des parois abdominales.	
— des membres inférieurs.	

OBSERVATION V.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Muscles de la face.	41°,8.
— de la nuque.	4 degrés 3/10 au-dessus de la normale.
— de l'abdomen.	
— du pharynx.	

OBSERVATION VI.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Massétérs.	39°.
Muscles de la nuque.	
— de l'abdomen.	1 degré 5/10 au-dessus de la
— des cuisses.	male.
[illegible]	

OBSERVATION VII.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Massétérs.	39°.8.
Muscles de la nuque.	
— du membre supérieur droit.	2 degrés 3/10 au-dessus de la
— des parois de l'abdomen.	male.

OBSERVATION VIII.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Massétérs.	39°.
Muscles de la nuque.	
— du membre supérieur droit.	1 degré 5/10 au-dessus de la
— des parois abdominales.	male.
— des parois thoraciques.	

OBSERVATION IX.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Massétérs.	40°.2.
Muscles de la nuque.	2 degrés 7/10 au-dessus de la
— [illegible]	male.

OBSERVATION X.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Massétérs.	
Muscles de la nuque.	40°.
— du dos.	2 degrés 5/10 au-dessus de la
— des parois thoraciques.	male.

OBSERVATION XI.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Massétérs.	
Muscles de la nuque.	40°.
— du dos.	
— de l'abdomen.	2 degrés 5/10 au-dessus de la
— du thorax.	male.

OBSERVATION XII.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Masséters.	
Muscles de la nuque.	40°.
— de la face.	
— du thorax.	2 degrés 5/10 au-dessus de la normale.
— de l'abdomen.	

OBSERVATION XIII.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Masséters.	
Muscles de la nuque.	41°,3/5.
— du dos.	
— de l'abdomen.	3 degrés 9/10 au-dessus de la normale.
Adducteurs de la cuisse.	

OBSERVATION XIV.

Muscles contracturés.	*Température la plus élevée.*
Masséters.	40°,3.
Muscles de la nuque.	2 degrés 8/10 au-dessus de la normale.

Je dois mentionner encore ici une bonne thèse de M. le Dr A. Cho-part intitulée : *Contribution à l'étude du tétanos; étiologie, tem-pérature, traitement par le chloral*, Paris, 1876.

L'auteur y a rassemblé un grand nombre de documents relatifs à es points; les deux premiers n'y sont malheureusement pas encore lucidés. Quant au dernier, M. Chopart énumère près de 80 cas de uccès dus au chloral seul ou associé à d'autres médications qui, mployées seules, avaient échoué dans beaucoup de cas; il se pro-once donc catégoriquement en faveur de l'emploi du chloral dans traitement de cette affection. Il s'attache aussi à démontrer que s accidents attribués à l'administration du chloral à l'intérieur ont é fort exagérés, et qu'on n'a pas tenu assez compte de ceux qui ont survenus à la suite de l'injection de cette substance dans les eines. Le premier mode d'administration est donc celui qu'il faut référer; les injections sous-cutanées et intra-veineuses, ainsi ue les lavements, doivent être réservés pour les cas où on ne peut employer.

Les documents tirés de ma pratique qui se trouvent dans cette èse ont déjà été résumés ou analysés dans les pages précédentes; est pourquoi je n'y insiste pas.

DE LA DISTENSION DES NERFS COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE DANS LE TÉTANOS.

La distension des nerfs avait déjà été employée dans le traitemen
de diverses affections douloureuses accompagnées ou non de con
tractures, de spasmes musculaires, par Billroth (1869) Nussbaum
Gärtner (1872), Callender (1874), etc., lorsque je crus devoir l
pratiquer, avec quelques modifications, chez deux malades attein
de spasmes douloureux et rebelles simulant plus ou moins ceux d
tétanos.

Un de mes élèves, M. le Dr Duvault, fit de cette question le suj
de sa thèse inaugurale[1]. J'en extrais l'observation de mes de
malades, ainsi que le procédé opératoire.

Celui-ci consiste dans la mise à nu du nerf, son isolement, sa di
tension, son écrasement (neurothripsie).

Je n'insiste pas sur les deux premiers temps, qui n'ont rien d
particulier. L'isolement du nerf ne doit avoir qu'une étendue suff
sante pour qu'on puisse passer au-dessous une sonde cannelée,
doigt, une pince, etc.

La distension se fait en attirant alors le nerf hors de la plaie,
une distance de 4 ou 5 centimètres des téguments. Jusqu'alors
s'était contenté de ces manœuvres; mais chez mes deux patients j
ajoutai la suivante :

Après avoir distendu le nerf, je le maintiens sur la sonde canel
dont les bords tranchants sont en rapport avec lui, et je le compri
fortement avec le pouce, en le roulant de manière à l'écraser
toute sa circonférence. Je me propose ainsi de rompre autant q
possible tous les tubes nerveux, de manière à interrompre tou
communication entre le bout central et le bout périphérique.

Je crois qu'il ne reste plus après cette manœuvre que le nevri
lème pour la reconstitution plus rapide du nerf, ce qui équiva
drait à une section nerveuse, avec des chances plus grandes
régénération. La guérison ainsi obtenue serait donc due à ce que
neurothripsie agirait sur la continuité du nerf comme pourrait
faire la section.

1. **Duvault**, ***De la distension des nerfs comme moyen thérapeutique***. Thèse
Paris, 1876.

Avant de pratiquer cette opération sur le vivant, j'avais fait sur le cadavre une expérience qui avait confirmé cette manière de voir.

On dénude un nerf, on passe dessous une sonde cannelée et on le soulève fortement sur les bords de cette sonde. Pendant cette manœuvre on sent, plutôt qu'on ne l'entend, un craquement qui paraît se passer dans le nerf, et qui pourrait être rapporté à la rupture des filets nerveux. De plus, lorsqu'on examine ce nerf après cette manœuvre, on constate que là où a porté la sonde cannelée, existe un sillon transversal. Enfin, si on place ce nerf entre l'œil et la lumière, on voit que ce sillon tranche sur le reste par sa coloration plus blanche et par un certain degré de transparence, ce qui semble indiquer que dans ce point l'épaisseur du nerf est notablement diminuée, probablement aux dépens des tubes nerveux rompus à cet endroit.

Nous avons plusieurs fois répété cette expérience, dit M. Duvault (p. 21), et voici ce qu'il nous a été permis de constater :

1° Que ce craquement ne se produit que sur les cadavres récemment morts ; 2° qu'il est presque toujours accompagné de la rupture de quelques filets nerveux qui partent du tronc distendu pour aller se rendre aux muscles voisins ; 3° qu'il se forme bien un sillon sur le nerf lorsque l'on se sert pour le distendre d'une sonde cannelée ou d'une tige mince, mais que ce sillon n'existe pas si on emploie le doigt ou un corps à large surface, quoique le même craquement se fasse sentir.

D'où l'on peut conclure, que le craquement perçu par l'opérateur, au lieu d'être dû à la rupture des tubes nerveux du nerf, peut aussi être rapporté à la rupture des petits filets nerveux qui se rendent aux muscles, que le sillon observé n'est pas forcément le résultat de la distension du nerf, c'est-à-dire que les tubes nerveux ne se rompent pas nécessairement au même endroit pour former un sillon transparent, puisque ce sillon n'a pas lieu lorsqu'on distend avec le doigt. Il n'est pas même certain que cette rupture se fasse à des hauteurs différentes. C'est pour éclairer davantage ces différents points que nous avons eu recours à des vivisections suivies de l'examen histologique des nerfs sur lesquels nous avons expérimenté. Cet examen est dû à l'obligeance de M. le Dr Latteux.

Par ces expériences nous nous proposons de rechercher : 1° quelles sont les modifications qui surviennent dans les fonctions physiologiques et dans les éléments anatomiques d'un nerf distendu, — si ces modifications permettent d'accepter l'explication qu'a donnée Verneuil du mode d'action de cette opération ; quelles sont les modifications qui surviennent dans un nerf broyé — si ces modifi-

cations ressemblent à celles d'un nerf distendu ou, si elles en diffèrent, — en quoi consiste cette différence ; enfin à quelles conclusions peuvent conduire ces modifications. »

Ces expériences, faites par MM. Terrillon et Marchand sur des chiens ont porté sur l'état comparatif des nerfs sur lesquels on pratiqua la distension, la section et la neurotripsie.

De ces expériences, l'auteur conclut : 1° que la distension n'agit pas en rompant les tubes nerveux, puisque l'exploration de la sensibilité et du mouvement fait voir que les fonctions du membre opéré sont à peine interrompues pendant vingt-quatre heures et que de plus l'examen histologique ne montre pas les lésions caractéristiques de la section nerveuse ; 2° que conséquemment le craquement perçu par l'opérateur n'est pas dû à cette rupture des faisceaux nerveux : et que le sillon qu'on remarque sur le trajet du nerf est dû à l'action des bords de la sonde qui rompt les tubes à travers le névrilemme ; car l'examen histologique fait reconnaître qu'il y a des tubes nerveux dégénérés au-dessous du point où a porté la sonde ; 3° que le broiement seul du nerf agit en déterminant une solution *dans la* continuité du nerf, puisqu'il cause des altérations analogues à celles qui existent après les sections nerveuses ; 4° que cette solution de continuité, pour être complète, nécessite une pression très grande de la part de l'opérateur.

Voici maintenant les observations recueillies dans mon service par deux de mes internes d'alors, MM. Reclus et Maunoury.

Obs. I. — *Plaie contuse des doigts. — Phénomènes tétaniformes dans le membre. — Neurotripsie du médian et du cubital. — Guérison.*

Mathias Leroux, trente-neuf ans, contrôleur, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels, sauf, dans son enfance, quelques croûtes dans les cheveux, eut le 31 décembre 1875, la main prise sous la roue d'un tombereau : il en résulta une *plaie* contuse de l'index et du médius avec ablation de l'annulaire.

A l'entrée à l'hôpital, les doigts sont fortement fléchis, à l'exception du pouce, qui est dans l'extension forcée. Dès le soir, un peu de fièvre (Temp., 38°2.) qui tombe le lendemain, la température redevient normale. Des lambeaux de tissus mortifiés sont éliminés et la plaie est en voie de cicatrisation, sans autre traitement qu'un pansement simple avec glycérine et acide phénique, puis application d'un bandage ouaté.

Rien de particulier jusqu'au 11 janvier 1876. Ce jour-là, le malade ressent dans le pouce de la main affectée une douleur assez vive, qui s'exaspère au toucher; il suffit pour la provoquer de presser le bras sur le trajet du médian. Pas de trace de lymphangite; pas de douleur à la pression dans le triangle sous-claviculaire. Dans la soirée, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, la douleur part de l'épaule et s'irradie vers la main dont elle provoque la contraction. On administre au malade 2 grammes de chloral et une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine.

12 janvier. — Les contractions sont un peu moins nombreuses, mais la douleur sur le trajet du nerf médian est plus marquée; on la provoque aussi en pressant au niveau du plexus brachial. Quelques élancements douloureux à l'occiput dans la journée. Nouvelle injection de morphine et chloral.

13 janvier. — Les contractions sont redevenues nombreuses; frictions avec l'onguent napolitain. A l'intérieur 8 grammes de chloral. Dans la soirée, moins de douleur à la pression sur le trajet du médian; la pression n'est plus douloureuse au niveau du plexus brachial; les douleurs de la région occipitale ont disparu.

14-15 janvier. — Pendant ces deux jours les contractions et la douleur à la pression sont moins fortes. Mais le 15 au soir elles redeviennent fréquentes. Le chloral et la morphine sont continués.

16 janvier. — Contraction plus courte, secousse clonique lorsqu'elle arrive; on continue le chloral et la morphine.

17-18 janvier. — Le chloral et le sulfate de quinine provoquent des vomissements. Pendant la nuit du 18, striction des mâchoires pendant une ou deux minutes. Les contractions de la main sont toujours très nombreuses. Le malade affirme ne pouvoir dormir plus de dix minutes sans être réveillé par ces contractions douloureuses. Quand on comprime l'artère humérale les douleurs cessent, pour reparaître immédiatement en s'accompagnant d'une douleur violente et d'une secousse lorsqu'on laisse libre l'artère; M. Verneuil songe un instant à lier l'humérale. Mais l'amélioration que pourrait produire cette opération ne lui paraît pas offrir de garanties sérieuses de durée.

Il se décide alors à pratiquer la distension des nerfs intéressés, le cubital et le médian. Après anesthésie, il fait donc deux incisions de cinq centimètres chacune, l'une au niveau du médian au tiers supérieur de l'avant-bras, l'autre au niveau du cubital, au tiers inférieur. Avec une sonde cannelée passée dessous, il attire au dehors chacun de ces nerfs jusqu'à cinq centimètres de la surface

du membre, puis il les écrase entre son pouce et les bords de la sonde en pressant fortement. Les nerfs sont remis en place, et les plaies pansées suivant la méthode de Lister. Après l'opération on redresse les doigts.

Dès le soir même, grande amélioration; les contractions sont plus rares et infiniment moins douloureuses. Le malade a pu dormir un peu; il ne prend plus de médicaments.

Le lendemain 20 janvier, la température est modérée; le malade a vomi quelques glaires, il dit avoir dormi sept heures. On explore la sensibilité du membre : le pouce est trouvé sensible partout, l'index aussi; mais sur le bord externe de la dernière phalange de ce dernier la sensibilité est obtuse, tandis que sur le bord interne il y a une légère hyperesthésie; le médius est sensible à la piqûre.

21 janvier. — Légère épistaxis, moins de contracture.

25 janvier. — L'index et le pouce sont dans l'extension complète et même exagérée. On continue le pansement ouaté avec pulvérisation phéniquée.

26 janvier. — Encore quelques douleurs dans la paume de la main.

30 janvier. — Le médius est dans la flexion complète, le petit doigt dans l'adduction forcée; la dernière phalange du petit doigt seule est fléchie.

8 février. — Sensibilité dans tous les points. Légère hyperesthésie à la paume de la main et sur le petit doigt.

25 février. — Depuis six jours, plus de secousses douloureuses.

17 mars. — Cicatrisation complète. Le malade quitte l'hôpital parfaitement guéri[1].

Obs. II. — *Extirpation du sein et des ganglions de l'aisselle. — Résection de la veine axillaire. — Contractures douloureuses multiples. — Neurotripsie du nerf musculo-cutané. — Amélioration. — Érysipèle. — Mort.*

Marguerite Duval, soixante ans, ménagère, entrée le 25 janvier 1876 pour une récidive d'épithélioma du sein gauche.

La tumeur ne s'est pas reproduite au niveau de la cicatrice, qui est parfaitement saine; mais les ganglions de l'aisselle ont été envahis et forment une tumeur qui remplit la région et remonte jusque

1. J'ai revu souvent ce malade à la gare d'Orléans, où il fait un service actif. Il se sert très bien de son membre et n'en souffre jamais. — A. V. 1886.

sous la clavicule. Une grippe survenue le 7 février retarde l'opération qui est pratiquée le 15 mars.

Large incision sur le grand pectoral, que M. Verneuil sectionne avec l'écraseur linéaire. On en agit de même pour le petit pectoral. Ainsi mis à l'aise, M. Verneuil peut bien voir la tumeur et la poursuivre dans ses prolongements. Selon ses prévisions, elle entourait dans une de ses parties la veine axillaire qui, prise entre deux ligatures, est réséquée dans l'étendue de 4 à 5 centimètres environ. L'hémostase est complète. Pansement antiseptique ouvert.

Le lendemain 16 tout est pour le mieux; néanmoins la malade manifeste pendant le pansement les plus grandes appréhensions lorsqu'on touche au bras, car le moindre mouvement y réveille de vives douleurs. Vers le soir, la température s'élève à 39°,4. Le bras est tendu, rigide, et maintenu appliqué contre la poitrine.

Le 17, rien de particulier; mais vers dix heures, subitement et sans cause appréciable, la malade est prise d'un accès de manie aiguë. Elle pousse des cris violents, s'agite dans son lit, veut se lever et doit être maintenue par les infirmières. Elle est épouvantée quand on s'approche de son lit; aussi faut-il dissimuler la seringue de Pravaz pour pratiquer une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine. Cette injection la calme cependant et le délire devient moins bruyant; il cesse à quatre heures. Pendant ce temps la température ne s'élève plus. Elle est à 37°,4 à deux heures et à 37° le soir.

Les 18, 19 et 20 mars, rien de spécial à noter. Plus de délire.

La physionomie de la malade est un peu étrange, ce qui est attribué chez elle à la surdité. Le pansement est toujours fort pénible, à cause de l'hyperesthésie du bras. Pendant la nuit, surviennent dans le bras des douleurs spontanées, que la malade compare à des éclairs et qui se succèdent de dix minutes en dix minutes environ. Depuis ces douleurs n'ont pas cessé.

Les 22, 23 et 24, situation analogue. Les douleurs spontanées sont toujours espacées et la malade peut dormir un peu.

La température oscille entre 37°,5 et 38°,5.

Le 25, douleurs fréquentes. Œdème du bras.

Le 26, les douleurs deviennent intolérables. La malade se plaint et s'agite : les élancements se succèdent toutes les deux ou trois secondes et arrachent un cri aigu; des phénomènes nerveux accompagnent la douleur; le bras est élevé et attiré vers la poitrine par un mouvement convulsif. Des injections répétées de morphine amènent le calme, les cris sont moins violents, mais aussi répétés qu'au-

paravant. Du reste la plaie est en bon état. Le volume du bras plus considérable ; le biceps est contracturé.

Le 27, pendant tout le jour et la nuit, la malade pousse des cr Mêmes élancements, même contracture du biceps, mêmes mou ments spasmodiques, arrivant en même temps que les cris. injections de morphine restent impuissantes. Par instants la mal divague, mais une question nette la rappelle à la réalité. Le ma elle se plaint d'une certaine difficulté de la mastication qui s'exagè vers le soir, et lorsque la sœur ou les infirmières veulent lui fai prendre des aliments, elle ne peut desserrer les dents qu'avec pein Le trismus est manifeste. Dès le matin M. Verneuil avait presc l'essai d'un courant ascendant sur le bras pour faire cesser la co tracture. La pile de Trouvé est appliquée, mais sans le moindi succès.

En présence d'un tel état : douleur intolérable, trismus et co tracture des muscles antérieurs du bras, impuissance de la mo phine et de l'électricité, M. Verneuil se demande si un traitem plus actif n'est pas nécessaire. Il se rappelle les heureux effets de neurotripsie sur le malade de l'observation précédente et se décide agir de même.

Le bras est attiré vers la poitrine par la contracture du grand pe toral et du coraco-brachial, l'avant-bras fléchi sur le bras par contracture du biceps, contracture persistante, mais s'exagéra d'instant en instant et déterminant les mouvements alternatifs dé cités. Évidemment, il s'agit d'une contracture dans la sphère musculo-cutané.

Chloroformisation. Une incision, partant de l'acromion, vi aboutir à la partie moyenne du bord antérieur de l'aisselle. Le musc petit pectoral est coupé sur toute cette ligne. La coraco-brachial mis à nu et le nerf découvert sur le bord interne du muscle; il soulevé et écrasé sur la sonde cannelée.

La malade s'est trouvée soulagée une heure environ ; mais bie tôt elle s'est remise à gémir; seulement le mouvement d'adductio du bras ne s'est plus fait; la contracture n'était plus appréciabl Cependant, d'instant en instant, la contraction des muscles cervica qui s'insèrent à l'omoplate produit un soulèvement spasmodique l'épaule. En même temps, il y a excitation cérébrale considérable. malade parle beaucoup, rit, plaisante. Elle ne se rend pas comp des choses ou des personnes qui l'entourent. Temp. 40 degrés.

La nuit se passe de même. Le 29, à la visite du matin, l'état gén ral n'est pas mauvais. L'œdème du membre est beaucoup plus co

sidérable, mais les douleurs sont bien moins vives. La contracture a cessé ainsi que les mouvements spasmodiques, sauf ceux de l'épaule qui persistent encore. L'examen des téguments de l'avant-bras et du bras montre que la sensibilité persiste dans tous les points et n'a été nullement compromise par le broiement du musculo-cutané.

La mastication est de nouveau difficile, non par contracture appréciable des masséters, mais plutôt par une sorte de paresse des muscles de la langue qui se contractent avec difficulté.

Le 30, la nuit a été mauvaise; moins de délire, mais des cris et des gémissements. La malade se plaint sans cesse. Le matin, le bras est toujours très œdématié, et sur toute sa surface interne et antérieure on constate une coloration rose diffuse qui semble due à une rétention lymphatique (Verneuil). Dans la journée, malgré un lavement de chloral, qui l'assoupit, la malade se réveille par instants en poussant des cris aigus et en se plaignant de son bras, puis elle retombe dans sa somnolence.

Le 31, même état. Douleur assez vive dans l'articulation de l'épaule; le gonflement du bras n'a pas augmenté.

1er avril. — Nuit meilleure; la malade est plus calme le matin; plus de gémissements, plus de cris, le bras dégonfle.

2 avril. — La rougeur du bras a disparu avec le gonflement, mais elle a envahi l'épaule et la région dorsale dans une étendue assez considérable et a très nettement pris le caractère érisypélateux. L'état général ne paraît pas avoir beaucoup changé, peut-être un peu plus de dépression; de temps en temps la malade gémit, mais répond invariablement qu'elle ne souffre pas.

3 avril. — Même état. L'érysipèle gagne la partie antérieure de la poitrine et s'étend sur le tronc.

4 avril. — La malade gémit toujours et s'affaiblit beaucoup. Elle répond bien aux questions qu'on lui adresse, mais elle présente de nouveau des accès de manie : elle a chanté ce matin.

5 avril. — L'érysipèle s'étend de plus en plus sur le tronc. La température est très basse. L'agonie commence.

Mort le 6 avril. Pas d'autopsie.

En résumé, dit M. Duvault (p. 45) nous voyons deux fois appliquée avec succès la distension des nerfs suivie du broiement contre des accès tétaniformes graves, consécutifs à des blessures. Il s'agit dans le premier cas, d'un malade qui a eu un doigt broyé sous une roue; de là, dans le bras affecté, des spasmes douloureux suivis de trismus et d'un état général grave. L'opération de la

distension nerveuse, suivie du broiement du médian et du cubital, a mis fin à tous ces accidents, comme aurait pu le faire une section nerveuse, mais l'exploration de la sensibilité ne laisse pas supposer qu'il y ait eu interruption complète de la transmission aux centres du principe irritant, puisque non seulement la sensibilité était conservée après l'opération, mais encore il y avait de l'hyperesthésie sur certains points. Nous restons donc ici dans une grande incertitude sur l'interprétation à donner à cette guérison.

Dans le second cas, le résultat a été le même, sans qu'on puisse l'expliquer d'une manière plus satisfaisante. M. Verneuil pratiqua la distension du nerf musculo-cutané, et les spasmes douloureux qui existaient dans le bras diminuèrent considérablement à partir de ce jour. Ces deux cas montrent que la distension des nerfs agit heureusement dans les cas de tétanos traumatique, c'est-à-dire de tétanos dépendant d'une lésion périphérique.

Quant à dire si la même opération agirait de même en cas de tétanos spontané, il serait téméraire de l'affirmer, car le plus souvent on ne sait à quel nerf s'adresser, à moins que la contracture ne se montre dans une région parfaitement limitée. Alors on pourrait espérer, avec raison, modifier les nerfs de cette région en les distendant.

Le moment le plus opportun, pour pratiquer l'opération, sera vraisemblablement la période de début du tétanos, alors que les contractures sont encore localisées à un groupe musculaire déterminé les membres. Lorsque le tétanos est tout à fait confirmé, lorsque la contracture est généralisée, l'intervention a peu de chances de réussir, parce que les nerfs intéressés sont trop nombreux pour être distendus successivement.

RÈGLES GÉNÉRALES A SUIVRE

DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS[1]

Nous avons reçu depuis quelques jours, dans nos salles, un jeune homme atteint de trismus, au dixième jour d'une petite plaie contuse de l'index droit. Vous l'avez vu tout à l'heure, après avoir écarté les rideaux sombres dont j'ai fait entourer son lit; il dormait, et ce n'est qu'avec peine que nous l'avons tiré de son sommeil tranquille pour apprendre qu'il se trouvait bien et constater que ses mâchoires s'écartaient sans peine de deux à trois centimètres. A peine nous avait-il répondu, satisfait et presque souriant, qu'il est retombé dans son assoupissement. Voilà, direz-vous, un malade dont l'aspect et le faciès ne rappellent guère la physionomie classique du tétanos; aussi l'occasion me semble-t-elle favorable pour vous faire connaître l'ensemble des moyens que je mets en usage contre cette maladie. Ces moyens sont les suivants :

1° Immobilité complète, réalisée en plaçant le malade dans une grande gouttière de Bonnet;

2° Température constante et élevée, sudation modérée, obtenues par l'enveloppement du corps entier dans une épaisse couche de ouate;

3° Sommeil ininterrompu, coma chloralique continué pendant vingt jours environ.

Repos, chaleur, sommeil : tels sont donc les trois termes de la formule thérapeutique.

Assimilant mon malade à la grenouille soumise à l'intoxication strychnique, au tétanos expérimental, je m'efforce d'abolir tout mouvement, de supprimer toute cause d'action réflexe et je le mets à l'abri des spasmes qui en seraient la conséquence.

Pour la chaleur, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on en reconnaît l'efficacité : chacun se rappelle l'histoire du soldat dont parle Ambroise Paré et qui fut guéri après avoir été comme enterré dans un fumier. Aussi a-t-on souvent cherché à réaliser cette condition au

1. Leçon clinique publiée dans la *Semaine médicale*, 23 octobre 1884, p. 413.

distension nerveuse, suivie du broiement du m
bital, a mis fin à tous ces accidents, comme au
section nerveuse, mais l'exploration de la se
supposer qu'il y ait eu interruption complète
centres du principe irritant, puisque non
était conservée après l'opération, mais en
esthésie sur certains points. Nous reston
incertitude sur l'interprétation à donne

Dans le second cas, le résultat a é
l'expliquer d'une manière plus sati
la distension du nerf musculo-cu
qui existaient dans le bras dimi
de ce jour. Ces deux cas montr
heureusement dans les cas de
tétanos dépendant d'une lési

Quant à dire si la même
nos spontané, il serait tér
on ne sait à quel nerf s'
montre dans une régio
espérer, avec raison,
tendant.

Le moment le p
vraisemblablemen
ractures sont en
les membres.
la contracture
réussir, parc
distendus s

ue 15 gramm
retombe dans
de le tenir éveillé p
a nourriture. Ce que je p
observé d'accidents gastriqu
ral ingérée et que, quand un
macale, j'ai eu recours à l'absorpt
re vu jamais dans la nécessité d'ouvri
etrer une substance que Porta et quelq
ont d'ailleurs préconisée comme coagulan
ment des varices.
emps doit durer ce traitement ? Quinze à dix-
s. Il faut se rappeler, en effet, qu'on ne ju
; et si l'on se contente d'un premier soulagem
en cessant l'administration du sudorifique à voir ré
die au quinzième, au vingtième jour et plus tard en
de succomber. Deux semaines représentent donc un m
la durée de ce sommeil thérapeutique, et la prud
on ne le suspende pas avant quatre jours pleins, éc
la disparition complète des spasmes et de la contrac
plus pourra-t-on, si le mieux est très accentué, dimi
ssivement la dose de 10 grammes, par exemple, jusqu'à
mmes par vingt-quatre heures.
dant que vous soyez prévenus d'une chose : chez
chloral n'est pas absorbé, et la maladie sui
rend pas garde.

...-t-on ? En constatant d'abord que
...nt sans s'amender, puis par
... ne contiennent pas le chlo-
...sent pas la liqueur de
...um lui-même venant
...is à tenter l'in-
...x très graves
... de renou-

...de 9 à
...accuse un
...cles du cou a
...ux centimètres.
...n que nous n'avons
... une grosse et dange-
... de cette prétendue forme
...s formidables, et foudroyés
...e considère que la distinction
...tanos, une grave et une bénigne,
... contredite par l'observation. Ce qui
...ne, c'est l'importance fonctionnelle des
...pe; un tétanos d'intensité moyenne peut tuer
...s par la contracture du cœur et des muscles
...a est surtout le danger, car dans ce cas la thérapeu-
... plus souvent impuissante.

...ndant deux moyens restent encore, et à chacun d'eux je dois
avoir sauvé la vie à un de mes malades : ce sont les courants
continus et la trachéotomie. Donc, quand la suffocation revenant par
crises annoncera l'envahissement du système musculaire cardio-
pulmonaire, vous serez autorisés à les employer. Aucun fait n'est
plus probant que celui d'une grosse femme à cou gras et court que
j'avais opérée d'un cancer mammaire. Un tétanos à forme asphyxique
s'étant déclaré, je pratiquai la trachéotomie à l'aide du thermo-
cautère, et j'eus le bonheur de sauver ma malade (Voy. plus haut,
p. 237).

Il est encore une autre forme de la maladie au cours de laquelle
le traitement habituel peut être mis en échec : c'est celle qui s'ac-
cuse principalement par de la dysphagie, et que quelques auteurs
ont appelée hydrophobique ; les malades sont exposés à mourir de
faim et de soif, et la sonde œsophagienne elle-même est repoussée
par un mouvement péristaltique violent. Je ne sais pas si, voyant

moyen de bains ou de séjours plus ou moins prolongés dans des étuves; mais les déplacements imposés en pareil cas, les mouvements, les refroidissements inévitables, les frictions nécessaires pour sécher le corps, rendent ces moyens dangereux et déterminent des crises d'actions réflexes redoutables. Il n'en est pas de même si l'on enfouit le malade dans une couche de 7 ou 8 centimètres de ouate; on favorise ainsi d'une façon non interrompue un phénomène normal du tétanos : la transpiration.

Enfin, j'obtiens par le chloral un sommeil continu. La première application que je fis de ce médicament, en pareil cas, date de quinze ans, et j'en communiquai l'heureux résultat à l'Académie des sciences; depuis cette époque, il m'a donné en moyenne une guérison sur deux cas de tétanos.

A quelle dose doit-on l'administrer? Sur ce point, je ne puis faire aucune réponse précise; pour certains malades 4 grammes en vingt quatre heures suffiront, pour d'autres ce n'est pas trop de 15 grammes. Il faut que le coma soit constant et que le sujet retombe dans son sommeil dès qu'on cesse de l'interroger ou de le tenir *éveillé pour* lui ouvrir la bouche et y faire pénétrer la nourriture. Ce que je puis affirmer, c'est que je n'ai jamais observé d'accidents gastriques, quelle que fut la quantité de chloral ingérée et que, quand un obstacle m'interdisait la voie stomacale, j'ai eu recours à l'absorption par le rectum, sans m'être vu jamais dans la nécessité d'ouvrir la veine pour y faire pénétrer une substance que Porta et quelques chirurgiens italiens ont d'ailleurs préconisée comme coagulant le sang dans le traitement des varices.

Combien de temps doit durer ce traitement ? Quinze à dix-huit jours au moins. Il faut se rappeler, en effet, qu'on ne jugule pas le tétanos; et si l'on se contente d'un premier soulagement, on s'expose en cessant l'administration du sudorifique à voir récidiver la maladie au quinzième, au vingtième jour et plus tard encore. et le malade succomber. Deux semaines représentent donc un minimum pour la durée de ce sommeil thérapeutique, et la prudence exige qu'on ne le suspende pas avant quatre jours pleins, écoulés depuis la disparition complète des spasmes et de la contracture. Tout au plus pourra-t-on, si le mieux est très accentué, diminuer progressivement la dose de 10 grammes, par exemple, jusqu'à 6 ou 4 grammes par vingt-quatre heures.

Il faut cependant que vous soyez prévenus d'une chose : chez certains malades, le chloral n'est pas absorbé, et la maladie suit son cours si l'on n'y prend pas garde.

ercevra-t-on ? En constatant d'abord que
continuent sans s'amender, puis par
qu'elles ne contiennent pas le chlo-
e réduisent pas la liqueur de
, le rectum lui-même venant
déciderais à tenter l'in-
reconnaisse deux très graves
oses, et l'impossibilité de renou-
n.

ue jour, depuis une semaine, de 9 à
se trouve déjà très soulagé. Il accuse un
n-être, toute gêne dans les muscles du cou a
laires s'écartent facilement de deux centimètres.
à croire qu'il va guérir. Dira-t-on que nous n'avons
à une forme bénigne? C'est là une grosse et dange-
reur. J'ai vu des malades atteints de cette prétendue forme
gne pris tout d'un coup d'accidents formidables, et foudroyés
tardivement en quelques heures. Je considère que la distinction de deux formes distinctes du tétanos, une grave et une bénigne, est absolument arbitraire et contredite par l'observation. Ce qui fait la gravité de la maladie, c'est l'importance fonctionnelle des muscles qu'elle frappe; un tétanos d'intensité moyenne peut tuer en quelques heures par la contracture du cœur et des muscles bronchiques. Là est surtout le danger, car dans ce cas la thérapeutique est le plus souvent impuissante.

Cependant deux moyens restent encore, et à chacun d'eux je dois d'avoir sauvé la vie à un de mes malades : ce sont les courants continus et la trachéotomie. Donc, quand la suffocation revenant par crises annoncera l'envahissement du système musculaire cardio-pulmonaire, vous serez autorisés à les employer. Aucun fait n'est plus probant que celui d'une grosse femme à cou gras et court que j'avais opérée d'un cancer mammaire. Un tétanos à forme asphyxique s'étant déclaré, je pratiquai la trachéotomie à l'aide du thermo-cautère, et j'eus le bonheur de sauver ma malade (Voy. plus haut, p. 237).

Il est encore une autre forme de la maladie au cours de laquelle le traitement habituel peut être mis en échec : c'est celle qui s'accuse principalement par de la dysphagie, et que quelques auteurs ont appelée hydrophobique; les malades sont exposés à mourir de faim et de soif, et la sonde œsophagienne elle-même est repoussée par un mouvement péristaltique violent. Je ne sais pas si, voyant

d'emblée se prononcer un tétanos d'une forme aussi habituellement fatale, je ne me déciderais pas à pratiquer immédiatement la gastrostomie : une intervention de cette gravité serait parfaitement justifiée dans une occurrence si redoutable.

Comme vous le voyez, et comme l'a bien mis en relief un de mes élèves, M. Richelot, dans un excellent article : *Sur la nature et le traitement du tétanos*[1], il serait illogique de chercher un remède unique, une panacée, voire même un traitement unique contre la terrible complication que nous venons d'étudier. De même qu'elle tue de plusieurs façons, il faut la combattre par des moyens variés : aucune hiérarchie ne doit s'établir entre ceux que je vous ai indiqués comme constituant la trilogie de ma formule thérapeutique : tranquillité, chaleur et sommeil constants ; n'en négligez aucun, soyez attentifs aux plus minutieuses indications, et dans votre pratique, comme je l'ai vu dans la mienne, le pronostic jusque-là si terrible de cette maladie se modifiera heureusement.

L'observation du malade qui a fait le sujet de cette clinique a été rapportée *in extenso* dans la thèse inaugurale de M. le Dr Maestrati (Paris, 1884, p. 68). Nous la reproduisons ici.

Aimable Hagneaux, vingt-cinq ans, chauffeur, entre à la Pitié, salle Michon, n° 17, le 30 mai 1884.

Il y a trois semaines, écrasement de la dernière phalange de l'index droit. Les dix premiers jours se passent bien, le malade peut vaquer à ses occupations. Le dixième jour il remarque une gêne dans les mouvements du cou et une difficulté à avaler qui s'accentua de plus en plus, en même temps qu'apparaissait le trismus. Deux jours après, la raideur se manifeste dans l'épaule, puis le bras droit, puis dans les muscles du dos, enfin dans le bras gauche. La déglutition des aliments liquides est seule possible.

C'est dans cet état, sans crises bien aiguës, mais plutôt avec une raideur permanente du dos, de la nuque et des muscles de la mâchoire, que le malade se présente à l'hôpital.

Le soir, à cinq heures, M. Métaxas, interne du service, constate que les arcades dentaires ne peuvent s'écarter pour admettre un manche de cuiller. Suivant la recommandation de M. Verneuil, il fait placer le malade dans une gouttière de Bonnet garnie

1. *Rev. des sciences médicales*, t. X et XI.

de ouate; potion contenant 10 grammes de chloral, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures; un lavement huileux pour combattre la constipation qui dure depuis deux jours; lit entouré de rideaux verts comme pour les opérés de cataracte; le plus grand silence est recommandé dans la petite salle où est le malade.

Le lendemain, il a pris 8 grammes de chloral; il est somnolent, ne cherche pas à parler, mais répond à la première interrogation pour retomber dans le calme; visage frais, souriant. Temp. 38°,2.

Alimentation liquide, œufs et lait; le malade prend 10 grammes de chloral dans les vingt-quatre heures suivantes. Dans la suite la température ne dépasse pas 37°,6.

Le 2 juin, il y a du mieux, figure calme; le malade s'éveille seulement pour manger et prendre sa potion; les arcades dentaires se desserent d'un centimètre environ. Épistaxis abondante dont on ne peut trouver la cause.

Le 3, somnolence continue, appétit conservé; trois lavements simples.

Le 4, écartement des mâchoires de 2 centimètres.

Le 5, la somnolence et le mieux continuant, on abaisse la dose de chloral à 6 grammes, par cuillerées à bouche toutes les deux heures; les mâchoires restent encore légèrement serrées et la raideur de la nuque se manifeste au moindre mouvement provoqué; pas de douleur spontanée. Grâce à la gouttière de Bonnet, la défécation s'effectue sans occasionner de mouvements au malade et sans provoquer aucune crise.

La déglutition est toujours facile, aucun trouble gastro-intestinal, sauf un peu de constipation combattue par les lavements huileux.

Aucun incident à noter dans la suite du traitement. Du 14 au 20 juillet, on diminue peu à peu les doses de chloral, qui est à [illegible] grammes le 20. Le malade quitte la gouttière ce jour-là; guérison presque complète.

Le 30, elle est absolue et le malade quitte l'hôpital.

RAPPORT SUR PLUSIEURS OBSERVATIONS DE TÉTANOS, RECUEILLIES PAR MM. BALLU, CAUCHOIS, DEMMLER, MÉPLAIN, POUSSON ET ROBUCHON[1].

En 1884, M. le Dr Julien, alors mon chef de clinique, publiait dans la *Semaine médicale* une leçon sur le traitement du tétanos. (Voy. plus haut, p. 329.) On y lisait le récit d'une guérison obtenue par le choral à haute dose, puis l'indication d'une série de mesures accessoires destinées à favoriser l'action de ce médicament que, jusqu'à nouvel ordre, je considère comme le plus efficace en pareil cas.

La note de la *Semaine médicale* ayant été lue par divers chirurgiens de province, deux d'entre eux voulurent bien me faire savoir qu'en se conformant aux préceptes que j'avais donnés ils avaient été assez heureux pour réussir également. Un de ces faits, qui appartient à M. le Dr Vaslin (d'Angers), ancien interne des hôpitaux de Paris, a été mentionné incidemment dans un travail sur la désarticulation du genou inséré récemment dans la *Gazette hebdomadaire*. J'y renvoie le lecteur. L'autre, inédit, nous a été adressé par mon ami et ancien élève le Dr Cauchois, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Or, l'observation est si bien rédigée, si concluante, si conforme en tous points à ce que je pense, que je vous propose purement et simplement de l'insérer ici même avec les quelques réflexions que l'auteur y a jointes.

Tétanos traumatique. — Traitement par le chloral à hautes doses. — Guérison (Dr C. Cauchois, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen).

François X..., vingt-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 octobre 1884 pour une fracture du pouce compliquée de plaies dorsale et palmaire et produite par un écrasement dans un engrenage.

Pansement antiseptique avec attelles de carton.

Le 29 octobre, les plaies du pouce indemnes de toute complication marchaient vers la guérison, quand le malade, qui descendait au jardin pendant la journée, se plaignit d'un peu de mal de gorge.

1. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 24 juin 1885, p. 438.

L'interne du service constata de la rougeur de l'isthme du gosier et prescrivit un gargarisme émollient.

Le 6 novembre, en m'arrêtant auprès de ce malade, j'apprends qu'il éprouvait depuis deux jours une certaine difficulté pour ouvrir la bouche, et je constate en effet que les mâchoires ne peuvent pas s'écarter de plus d'un centimètre, à cause d'une raideur prononcée des muscles masséters et d'une constriction douloureuse du pharynx. Celle-ci augmente quand le malade veut avaler la salive ou tout autre liquide; le moindre effort de déglutition provoque, en effet, un resserrement brusque et douloureux de la gorge. En même temps la rigidité des masséters et des muscles du cou se prononce de plus en plus. Les sterno-mastoïdiens et les muscles de la nuque contracturés ne permettent qu'à peine quelques mouvements communiqués de rotation de la tête, mais aucun mouvement de flexion. L'expression de la face est légèrement sardonique.

Le malade se plaint aussi que la respiration est difficile, qu'il a la poitrine serrée comme dans un étau, suivant sa propre expression; en effet, il y a une contracture manifeste des muscles pectoraux et intercostaux. Enfin le ventre est dur et déprimé par contracture des muscles abdominaux.

Apyrexie, bien que la peau soit recouverte de sueur.

Miction normale. Rien du côté des fonctions digestives. Constipation depuis trois jours. Insomnie la nuit précédente, mais pas encore de secousses convulsives.

Le doigt blessé n'est pas plus douloureux que d'habitude.

Immédiatement, je fais isoler le malade dans un cabinet obscur; je l'enveloppe tout entier d'une épaisse couche de ouate et prescris autour de lui le plus complet silence.

L'intestin est évacué par un lavement purgatif, et toutes les heures on fait avaler une cuillerée à soupe d'une potion contenant 10 grammes de choral pour 250 grammes de véhicule.

Le traitement avait été institué à dix heures du matin. Déjà, le soir du même jour, après avoir pris cinq cuillerées de la potion de choral, le malade dit qu'il se trouve mieux, qu'il respire plus facilement, qu'il a la poitrine moins serrée, et aussi moins de gêne pour déglutir, bien que les mâchoires ne puissent pas encore s'écarter davantage. Il est couvert d'une sueur abondante.

Le 7 novembre, nuit assez bonne. Pas de secousses ni de soubresauts. Miction facile. Le malade est dans l'assoupissement chloralique, interrompu seulement de temps en temps pour boire. Il se sent mieux. L'étau qui la veille lui serrait la poitrine a, dit-il,

presque disparu. Les mâchoires sont moins serrées et les muscl masséters sensiblement moins durs que la veille. Il prétend mên ne plus éprouver, en avalant, la sensation d'étranglement qui éta si douloureuse la veille. Les sueurs continuent d'être abondante Même traitement.

Le 8 novembre, le trismus a presque complètement disparu. Ra deur beaucoup moindre du cou, du ventre et de la poitrine.

Le 9 novembre, le malade, qui commence à se dégoûter d chloral, dit qu'il se sent très bien. Le pansement du doigt s'effectu sans particularité.

Le 10 novembre, on est obligé, à cause de la répulsion tr grande éprouvée par le malade, de remplacer la potion par de lavements contenant chacun 5 grammes de chloral, l'un le mati l'autre le soir. Ils ont été très bien conservés tous les deux.

Le soir, les mouvements de la tête s'exécutent dans tous les sens la sensation de l'étau autour de la poitrine a disparu, la respiratio est normale. Langue saburrale. La température axillaire est toujou inférieure à 38° (37°,3).

Le 11 novembre, il s'est produit un peu de resserrement de mâchoires. En outre, le malade prétend que pendant la nuit il au rait, à plusieurs reprises, ressenti dans le cou et dans la poitri des secousses, des raideurs subites amenant l'oppression.

On continue les deux lavements de 5 grammes de chloral.

Le 12 novembre, pendant le pansement du doigt, on retire de plaies une esquille osseuse longue d'un centimètre. Au même mo ment se produit une secousse due à une contracture subite et co vulsive des muscles du bras s'étendant au cou, aux mâchoires qui resserrent et à la poitrine, en produisant une oppression ma quée. Cet état de contracture dure environ quelques minutes av secousses cloniques. Ces dernières se sont encore reproduites plusieurs reprises dans la journée, notamment quand le bles venait à heurter son pouce en remuant la main.

Le 13 novembre, rien de nouveau : pas de secousses; le soir, l malade, toujours soumis aux 10 grammes de chloral en lavement accuse des sensations d'engourdissement des jambes.

Le 14 novembre, les lavements sont moins bien conservés. L malade, qui déclare se trouver bien, demande avec insistance à lever, ce qui ne lui est pas permis.

Le 15 novembre, les plaies du pouce sont presque cicatrisée Pendant le pansement, on voit se reproduire une contracture q dure environ deux minutes avec secousses comme celles du 12, ma

moins violentes. On reprend le chloral en potion (6 grammes), plus un quart de lavement avec 3 grammes.

Le 16 novembre, appétit bon. X... se trouve beaucoup mieux.

Les 17 et 18 novembre, on ne donne par jour que 6 grammes de chloral. Or, dans la nuit du 18 au 19 novembre, il se reproduit à trois reprises, à minuit, à trois heures et à cinq heures du matin, une violente contracture. La religieuse de service constate elle-même l'accès de cinq heures du matin. Les secousses étaient assez fortes pour faire remuer le lit, et le malade offrait alors une rigidité complète des membres inférieurs et supérieurs. La constriction thoracique redevenait très pénible. L'interne de garde, appelé à ce moment, crut bon, en présence d'un accès de secousses convulsives très douloureuses, de pratiquer une injection hypodermique de morphine d'un centigramme et demi.

Le 19 novembre, nous trouvons le malade hébété et conservant encore plus marquée l'expression sardonique du visage, qui ne l'avait pas tout à fait abandonné depuis le début. Cependant il prétend éprouver un grand soulagement. L'injection de morphine lui a procuré quelques heures de sommeil.

En présence des accidents de cette nuit, nous portons à 12 grammes la *dose de* chloral à prendre dans les vingt-quatre heures. Cette dose est continuée pendant deux jours, les 19 et 20 novembre, pendant lesquels aucun accès convulsif ne se reproduit, même quand on fait le pansement des plaies.

Le 21 novembre, pour la première fois, l'expression de la figure est redevenue tout à fait normale ; le malade, qui jusque-là s'inquiétait beaucoup et se croyait perdu, nous accueille avec gaieté et un état moral excellent. On donne encore 10 grammes de chloral pendant deux jours, le 21 et le 22 novembre.

Le 23 novembre, amélioration confirmée. On continue le chloral en diminuant 2 grammes tous les jours, de telle sorte que le médicament n'est complètement supprimé que le 29 novembre.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 6 décembre.

Bien souvent on a répondu aux observations de guérison de tétanos en disant : C'est un tétanos chronique ! Je laisse cet argument pour ce qu'il vaut. M. Verneuil en a déjà fait justice. D'ailleurs, on n'a, je crois, jamais mis en doute la nécessité d'un traitement rapide et énergique des tétanos soi-disant chroniques. Quelques semaines avant le cas dont je viens de donner la relation, j'avais pu observer incidemment, dans un service chirurgical

voisin du mien, un tétanos soumis au chloral à doses modé et qui s'est brusquement terminé par la mort vers le trent jour !

Voilà, je pense, une marche très chronique pour un tétanos..

En admettant que mon cas n'ait pas débuté avec ces allures droyantes qui déjouent les efforts du traitement le mieux comb il faut reconnaître cependant que les muscles du cou et du tr étaient déjà complètement envahis par la contracture quand traitement a été institué.

D'un autre côté, le malade, à ce moment-là, n'avait pas enc eu de grandes secousses convulsives, mais il s'en produisit quelq jours plus tard, quand les doses de chloral, massives d'embl furent diminuées un peu trop tôt sans doute, ou quand le médi ment fut moins bien absorbé. N'avons-nous pas là une preuve dente de l'imminence du péril jusqu'au dernier jour et en mê temps de l'efficacité du traitement?

Il est donc absolument nécessaire de maintenir pendant longtemps les doses élevées de chloral. M. Verneuil a déjà insis sur cette recommandation. Mon malade a pris du chloral penda vingt-trois jours et n'en a pas absorbé moins de 180 gramme sans éprouver d'ailleurs le moindre trouble gastrique ni aucune espè d'inconvénients.

Nous estimons aussi que l'isolement dans une chambre somb et l'enveloppement ouaté ont contribué à la guérison en mainten une température périphérique élevée avec sudation prolongée, en diminuant autant que possible toute cause extérieure d'excitati réflexe. Les secousses convulsives provoquées par le pansement d doigt montrent bien, en effet, l'influence des excitations extern sur l'apparition des convulsions tétaniques.

M. Cauchois termine par les conclusions suivantes que, pour m part, j'adopte entièrement :

L'observation précédente démontre une fois de plus l'utilité d chloral contre le tétanos.

Il en faut donner d'emblée une dose élevée, 10 grammes e moyenne, et la continuer longtemps, jusqu'à trois semaines et plus s'il n'y a pas de contre-indication.

Il est indispensable d'y joindre l'isolement du malade et son im mobilisation dans l'enveloppe ouatée.

Voici maintenant deux observations inédites prises dans mon ser

vice au cours de ces derniers mois, je vous demande à les insérer ici à titre de documents.

Plaie par écrasement des orteils. — Tétanos. — Guérison par doses massives de chloral et injections hypodermiques de morphine.

Georges H..., trente et un ans, raffineur, syphilitique, entre le 28 février 1885, salle Michon n° 14, pour une plaie par écrasement du pied ayant amené le sphacèle des quatrième et cinquième orteils et de la moitié du troisième. Pulvérisation phéniquée, puis pansement ouaté.

H... semblait marcher vers la guérison, sans fièvre ni douleur, lorsque, le 12 mars au soir, il se plaint de ne pouvoir desserrer les mâchoires; on constate du trismus; on songe au tétanos, et on administre immédiatement 3 grammes de chloral.

Le 13 au matin, la constriction des mâchoires est bien marquée : les dents ne peuvent s'écarter que de 2 centimètres; masséters tendus, rigides, ainsi que les chefs sternaux des sterno-mastoïdiens; pas de raideur du cou; déglutition gênée, mais non douloureuse. On place le malade dans une gouttière de Bonnet où il est entouré de ouate. Le lit est garni de rideaux verts pour maintenir l'obscurité; on prescrit le plus grand silence autour du patient, qui prend 11 grammes de chloral dans la journée.

Le 14, même état. 10 grammes de chloral.

Le 15, le malade n'est pas endormi par le chloral. Douleurs au niveau des plaies.

Le 16, même état, rictus sardonique; un peu d'opisthotonos; les muscles droits de l'abdomen sont contracturés; déglutition gênée; le malade se plaint de la faim. Plaies douloureuses. Pansement à la morphine; 14 grammes de chloral.

Le 17, même état. Même dose de chloral.

Le 18, grincements des dents par convulsion des masséters; flexion des avant-bras. 10 grammes de chloral et 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 19, plaies douloureuses. Pansement avec une solution de nitrate d'argent. 14 grammes de chloral.

Le 20, rictus et opisthotonos bien marqués; face légèrement cyanosée; respiration gênée; mâchoires très serrées; à peine peut-on passer entre elles le manche d'une cuiller. 15 grammes de chloral.

Le 21, la contracture musculaire est moindre, sauf pour les muscles de l'abdomen. Douleurs lombaires vives pendant la journée. 15 grammes de chloral; cependant le malade ne dort pas.

Le 18 et le 19, diarrhée, qui cesse le 21.

Le 22, l'amélioration continue. 14 grammes de chloral.

Le 23, au moment de la visite, contractions convulsives des mâchoires. La langue est serrée et mordue; face cyanosée; masséters durs et gonflés sous la peau; rictus prononcé; contracture des avant-bras; opisthotonos. Injection d'un centigramme de morphine dans chaque masséter; cessation immédiate de la crise. 15 grammes de chloral.

Le 24, pas de crise; de temps en temps, projection des épaules en avant; injection d'un demi-centigramme de morphine de chaque côté. 15 grammes de chloral.

Le 25, opisthotonos. Même dose de morphine et de chloral.

Le 26, l'opisthotonos a disparu. Le malade demande instamment à sortir de la gouttière de Bonnet; on l'en retire pour le *calmer*. Persistance du trismus, de la raideur des muscles du *cou et de* l'abdomen. Pas de crises douloureuses. 14 grammes de chloral; injection de morphine. Le soir, un peu de dyspnée. Dans la nuit, grande agitation, au point que le malade tombe de son lit, sans crise convulsive toutefois. Sueurs abondantes.

Le 27, les urines sont examinées par M. Behal, qui y trouve du chloral. Craignant néanmoins que ce médicament ne soit pas absorbé complètement par l'estomac, on donne trois lavements contenant chacun 4 grammes; en outre, 12 grammes du même médicament sont administrés par la bouche.

Les 28, 29 et 30, grande agitation; on ne peut obtenir le calme; sueurs continues; trismus persistant, mais moins accentué.

Le 29, contracture légère des membres inférieurs. Pendant ces trois jours, on donne 12, 12 et 10 grammes de chloral.

Le 31, la contracture des membres cesse; le cou est encore un peu tendu, mais les mouvements de la tête sont possibles. Trismus faible, plus de rictus; contracture des muscles droits de l'abdomen.

Les jours suivants, les phénomènes tétaniques disparaissent peu à peu; l'état général est très satisfaisant; appétit normal : malade pâle et amaigri.

Pendant tout le mois d'avril, on administre encore le chloral aux doses progressivement décroissantes de 8, 6, puis 4 grammes par jour. L'estomac n'a nullement souffert de ce médicament; les déjections sont faciles.

Le 23 avril, il reste encore un peu de contracture des muscles de l'abdomen, appréciable surtout quand on palpe le ventre pendant quelques instants.

La plaie du pied est complètement cicatrisée. On cesse alors les injections de morphine et l'on continue seulement le chloral à la dose de 4 grammes jusqu'à la fin du mois. A ce moment la guérison est complète; le malade se lève, boit et mange comme à l'ordinaire; il sort quelques jours après.

Si l'on additionne les quantités de chloral ingérées par la bouche et le rectum, on arrive à la dose environ de 450 grammes du 13 mars au 30 avril.

D'autre part on a injecté sous la peau, du 23 mars au 22 avril, 1gr,14 de chlorhydrate de morphine.

La quantité d'aliments ingérée a été considérable, de sorte qu'au moment du rétablissement, H... avait fort bonne mine et semblait plutôt avoir gagné que perdu de son embonpoint.

Naturellement, on avait toujours employé des substances liquides ou demi-liquides : lait, bouillon, vin, potages, purée, hachis, œufs, etc., pour éviter les mouvements de mastication. On choisissait de préférence pour les repas le moment où la résolution et la somnolence étaient aussi prononcées que possible.

La miction avait été généralement facile; de temps à autre on avait dû recourir au cathétérisme avec la sonde de caoutchouc rouge très doucement introduite pendant le coma.

La constipation habituelle avait été combattue par des lavements purgatifs administrés tous les trois jours en moyenne.

Le tracé thermométrique a été fort remarquable. La température alla jusqu'à 38°,5 dans les jours qui suivirent l'accident, puis elle tomba. Au moment de l'invasion du tétanos, on notait 37°,4 le matin, 38° le soir; mais au quatrième jour de la complication, elle baissait encore de façon à osciller entre 37° et 37°,4. Pendant la phase ascendante et la généralisation de la contracture, du 26 mars au 2 avril, le tracé fut irrégulier, sans qu'on puisse trop savoir pourquoi : à diverses reprises on nota 38°,5 ou 38°,6. Le 9 avril, nouvelle chute, cette fois définitive, car jusqu'à la fin du mois la ligne thermométrique était tous les matins un peu au-dessous et le soir un peu au-dessus de 37°. J'affirme depuis longtemps que le tétanos, malgré son étendue, son intensité et sa durée, est apyrétique, et que l'apparition de la fièvre indique une complication le plus souvent pulmonaire. L'observation présente confirme mon opinion.

J'ai été moins heureux dans le cas suivant, ayant perdu un malade qui me paraissait en pleine voie de guérison. La mort est survenue subitement sans que j'en puisse donner une explication satisfaisante; pareille terminaison a d'ailleurs été déjà notée, ce qui démontre que les tétaniques peuvent succomber de diverses manières.

Plaie contuse de l'index. — Tétanos vers le quinzième jour. — Traitement par l'enveloppement dans le coton, l'obscurité et le chloral. — Amélioration. — Mort subite au neuvième jour.

Ch. F... dix-sept ans, de Nonancourt (Eure), filateur, d'une excellente santé, eut vers la fin d'avril, la main droite prise dans un métier. Il en résulta une plaie contuse du médius qui, bien que pansée avec la ouate et l'eau phéniquée, conserva toujours mauvais aspect.

Le 15 mai, le trismus apparut; M. le Dr Grosfillay pratiqua aussitôt la désarticulation du médius, appliqua un pansement ouaté et m'expédia le malade à l'hôpital de la Pitié où il fut reçu le 16 au matin.

Le soir, d'après les constatations de M. Verchère, mon chef de clinique, les dents s'écartent d'un centimètre à peine, les sterno-mastoïdiens sont contracturés; la plaie de la main est un peu douloureuse; le malade s'agite et se plaint continuellement. On institue immédiatement le traitement. Enveloppement dans le coton; gouttière de Bonnet; obscurité; chloral à dose hypnotique.

Le 17 mai, la bouche s'ouvre mieux, mais la raideur du cou persiste et l'agitation continue; cependant on arrive avec 7 grammes de chloral pendant le jour et 4 grammes pendant la nuit à obtenir le coma. Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même; la dose de chloral varie de 12 à 14 grammes. Une crise douloureuse étant survenue le 19, on fait une injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine. Dans la nuit, le malade dort la bouche largement ouverte.

Le 20 mai, dysphagie assez prononcée; gêne respiratoire notable au moment de la visite; température toujours très bonne, à 37° et quelques dixièmes. On pratique régulièrement les injections de morphine. Le ventre devient dur. On donne un lavement pour obtenir des selles, qui n'ont pas eu lieu depuis le jour de l'admission. La défécation fatigue le patient; rigidité abdominale; opisthotonos considérable. Selles abondantes, miction facile.

Le 21 mai, tout est calme avec 12 grammes de chloral et 2 centigrammes de morphine; sommeil profond; pouls tranquille; respiration et température normales.

Le 22 mai, recrudescence du trismus; plaintes, agitation, sensation de chaleur insupportable; intelligence un peu obtuse; contracture à peu près complète des muscles du tronc et des membres.

Le 23 mai, grande amélioration après des selles très abondantes. La nuit a été fort calme; pas de crise, résolution des membres, 18 respirations; déglutition aisée. Le chloral se retrouve facilement dans les urines. On en a administré 11 grammes et injecté 2 centigrammes de morphine.

Le 24 mai, état très satisfaisant. Le malade se réveille à neuf heures trente minutes du matin, et boit avec avidité deux verres de tisane; il n'accuse de douleur nulle part, respire bien et répond clairement aux questions. La résolution musculaire est presque complète. Dans l'après-midi, après avoir déjà pris 5 grammes de chloral, il se réveille et demande à boire; on lui donne à quelques minutes de distance deux verres de tisane; il se soulève pour les ingérer; à peine avait-il fini le second qu'il est pris d'un spasme violent; il jette le haut du corps en dehors du lit, se courbe en arc de cercle et meurt soudainement sans pousser une plainte.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

La plaie de la main était presque guérie; elle n'avait été pansée que deux fois depuis le 16, jour d'entrée du malade.

Mais, messieurs, là ne se borne pas ma tâche.

D'abord j'ai depuis longtemps dans mes cartons deux observations qui vous appartiennent et dont je suis le rapporteur. Elles vous ont été adressées par MM. les Drs Ballu (de Nanterre), et Rabuchon (de l'île d'Yeu, en Vendée). Je vais vous en rendre un compte sommaire.

Ensuite la communication de M. Cauchois a éveillé le zèle de vos autres confrères : MM. les Drs Demmler (de Versailles), Leplain (de Moulins), et Pousson (de Paris), qui vous ont envoyé des faits dignes d'être publiés.

Tous ces documents inédits constituent un dossier assez important, je l'espère, pour servir de point de départ à une discussion sur la thérapeutique encore non fixée du tétanos qui, dernier représentant pour ainsi dire des grandes complications du traumatisme, semble conserver encore sa fréquence et sa gravité, alors que toutes les autres tendent à disparaître et à s'atténuer.

Tétanos à début tardif. — Chloral et opium à doses élevées. — Guérison (Obs. par le Dr Demmler, médecin-major à l'hôpital militaire de Versailles).

André T..., seize ans, d'Oued-Touta, contrée où règne le paludisme, constitution moyenne, tempérament lymphatico-nerveux, contracte en juillet 1882 un panaris de la pulpe du doigt qui dure vingt-cinq jours et laisse une cicatrice normale, non douloureuse. A la fin d'août, rappel de fièvre intermittente à accès tierces. Le 11 septembre, sans cause appréciable, douleurs à la nuque et dans le dos, avec légères secousses dans les muscles. Entrée à l'hôpital le 13 dans l'état suivant : contracture des muscles du front et du menton, donnant au visage un aspect moitié souriant, moitié chagrin; trismus assez prononcé, permettant toutefois l'introduction entre les incisives du bec d'une cuiller. Raideur très grande de la nuque et du dos. Le malade se soulève d'une seule pièce; quand on le meut ou qu'on marche près de lui lourdement, il est pris pendant deux à trois minutes de secousses douloureuses et de crampes dans les cuisses. Chloral, 6 grammes; cautérisations ignées le long du rachis.

Le lendemain 14, l'état s'est aggravé; secousses fréquentes pendant la nuit. La raideur des membres inférieurs s'est accrue, point de fièvre. Néanmoins, en raison des accès intermittents antérieurs et dans la crainte qu'il ne s'agisse d'une fièvre pernicieuse convulsive, on prescrit une potion avec : chloral, 6 grammes; sulfate de quinine, 2 grammes en trois doses.

Sans préjudice d'un lavement avec : chloral, 2 grammes; sulfate de quinine, 2 grammes.

Enfin, pulvérisation d'éther sur la colonne vertébrale avec l'appareil Richardson.

Le 15, même traitement. État stationnaire.

Le 16, rien de nouveau. On supprime le sulfate de quinine. On donne le chloral seul à la dose de 10 grammes et on continue la pulvérisation.

Le 18, pas d'amélioration. Injection de 2 centigrammes de pilocarpine à deux reprises dans la journée. Point de changement appréciable.

Les 19 et 20, la dose de chloral est portée à 15 et 20 grammes. Le malade s'assoupit de temps en temps, mais le moindre bruit le réveille et provoque le retour des convulsions. Applications à la nuque de deux cautères à la pâte de Vienne.

Le 21, le chloral seul paraissant insuffisant et la contracture gagnant le diaphragme, on ajoute l'opium et l'on prescrit la potion suivante à prendre d'heure en heure : chloral, 10 grammes; extrait d'opium, 15 centigrammes.

Le 22, repos pendant la nuit. Les contractions du diaphragme ont disparu; trismus un peu moins prononcé; secousses moins fortes. La raideur de la nuque persiste.

Le 23 et jours suivants, même potion. L'amélioration continue.

Le 26 et jours suivants, pour maintenir le malade continuellement endormi, et ne le réveiller que quelques instants pour le faire manger, on porte le chloral à 20 grammes et l'extrait d'opium à 20 centigrammes.

Le résultat est atteint. T... dort profondément; il prend sa potion et mange sans en avoir conscience.

Du 29 au 2 octobre, on donne 25 grammes de chloral par jour. Sous l'influence de cette dose excessive, le sommeil est continu. Quand on remue légèrement le malade, il est pris de secousses passagères, mais ne se réveille pas.

Du 2 au 10 octobre, on réduit les doses : chloral, 10 grammes; extrait d'opium, 15 centigrammes.

L'*état* s'améliore de plus en plus.

Le 10 et le 11, on remplace le chloral et l'opium par le bromure de potassium à la dose de 6 à 12 grammes. Mais les secousses reparaissent aussitôt et le malade lui-même réclame son ancienne potion. On donne à nouveau : chloral, 24 grammes; extrait thébaïque, 30 centigrammes.

L'effet résolutif produit, on diminue les doses les jours suivants.

Le 15, le chloral est suspendu. Il n'existe plus qu'une légère raideur à la nuque et dans les mâchoires. T... se lève, et s'assied pour manger.

Dans l'après-midi de ce jour, fièvre assez violente, éruption morbiliforme[1], bien qu'aucun cas de rougeole n'existât à l'hôpital en ce moment. La maladie dure trois jours.

Les secousses musculaires reviennent encore de temps en temps; mais le trismus a tout à fait disparu et la raideur de la nuque est à peine appréciable. Le malade désire avoir à sa disposition une potion chloralo-opiacée, mais il n'en prend que quatre cuillerées.

Le 24, guérison complète.

1. Rappelons qu'une éruption de ce genre eut lieu dans le fait de M. Spence rapporté plus haut, page 296.

Ce fait concis, mais très clairement exposé, me paraît méri quelques commentaires :

1° D'abord, en ce qui concerne l'origine, il ne saurait être ra ni dans les cas traumatiques, ni dans les cas dits spontanés, ni d ceux enfin que le froid seul paraît capable d'engendrer. Je fais ce remarque simplement pour montrer l'inanité de nos divisions cl siques pour les affections dont nous ne connaissons pas les cause

2° Le début n'est pas moins insolite. C'est en effet plus d'un mo après la cicatrisation du panaris que le tétanos apparaît, à ce poi qu'un rappel de fièvre intermittente tierce s'étant interposé entre phlegmon digital et la névrose, M. Demmler se demanda s'il s'agissait pas d'une fièvre pernicieuse convulsive et administra conséquence le sulfate de quinine qui resta sans effet;

3° Nous constatons encore ici la tolérance de l'estomac pour l doses élevées de chloral. Le malade a pu ingérer impunéme 15, 20, et un jour même 24 grammes de chloral sans éprouver d'a cident, ce qui surprendra certainement les chirurgiens qui, po préconiser l'injection intra-veineuse, ont accusé cette substanc d'ulcérer l'estomac et l'intestin;

4° En regard de l'innocuité, il convient de mettre, en certains ca du moins, l'insuffisance du médicament et d'insister sur la nécessi de lui donner des auxiliaires. Parmi ceux-ci, l'opium et ses dérivé occupent certainement la première place. Au dixième jour de l maladie, le diaphragme commence à se prendre, indice d'un gra danger. L'extrait thébaïque administré à la dose de 0gr,15 amè aussitôt un repos salutaire. Jusqu'à la fin de la cure, il est asso au chloral, et un jour, un mois après le début du mal, le malade e prend jusqu'à 0gr,30;

5° La tolérance de l'économie pour des doses considérables d chloral et d'opium est si remarquable dans ce cas, qu'on peut s demander si elle ne résulte pas précisément de l'association des de médicaments. Une phrase de l'observation autorise à le croire. A partir du moment où l'on donne de fortes doses : chloral, 20 gram mes; opium, 0gr,20, — T... dort profondément. Il prend la potion sans en avoir conscience. Ceci montre les avantages du coma arti ficiel, car souvent nos tétaniques refusent absolument le chlora par la bouche, à cause de la sensation très désagréable de constric tion pharyngienne qu'il détermine, sensation qu'on peut à la vérit atténuer beaucoup en donnant le médicament dans du lait. Si cett vue se confirmait, on administrerait l'opium dans le tétanos, no seulement à cause de ses vertus propres, mais encore pour faire

upporter plus aisément les doses nécessairement élevées du chloal:

6° Il ne faut pas se lasser de le dire : le tétanos est une affection le longue durée, périlleuse jusqu'au dernier jour, et qu'il faut donc ombattre sans relâche jusqu'à résolution complète. Si l'on chante ictoire trop tôt, si on suspend la médication, ou si on la change rématurément, les accidents reparaissent et plus d'une fois étruisent le résultat des longs efforts d'un mois de traitement. !. Cauchois a cité un fait de ce genre. Pour un peu M. Demmler nregistrait un nouveau mécompte. Le 11 octobre, alors qu'on pouait croire la partie gagnée, on remplace le chloral et l'opium par e bromure de potassium, médicament d'ailleurs très rationnel et u'on donne à fortes doses. Aussitôt les secousses reviennent. Il ut recommencer l'administration massive des premiers hypnoiques pour regagner le terrain perdu. La guérison est enfin obteue au trente-quatrième jour;

7° Je terminerai par une critique qui, je m'empresse de le dire, implique aucune intention de blâme. Vous avez remarqué sans oute que jusqu'au 21 septembre, dixième jour de la maladie où . Demmler n'a plus mis en usage que le chloral et l'opium, il avait u devoir employer divers expédients : cautérisations ignées à la ique; pulvérisations éthérées le long du rachis; cautères à la pâte Vienne à la région de la nuque; injections de pilocarpine, etc.

Je n'examinerai pas si ces diverses prescriptions ont été nuisibles seulement inutiles; mais je veux attirer l'attention sur ce que ppellerais volontiers la *médication inquiète et impatiente* du téta-, qu'on retrouve ici comme dans beaucoup d'autres observations. iorant la cause réelle du mal, réduit à faire l'aveugle médecine s symptômes, oubliant que la maladie a une évolution typique et e durée moyenne généralement longue, le praticien, talonné illeurs par l'énormité du péril, cherche toujours à juguler la terle névrose. Irrité par son impuissance trop commune, il change s cesse de voie et essaie sans relâche de nouveaux agents, sans ne se demander si ses efforts ne sont pas quelquefois incohérents contradictoires.

On rirait d'un médecin qui, traitant une variole, instituerait que jour une médication nouvelle sous prétexte que la prescrip- de la veille n'aurait pas fait disparaître l'éruption, et l'on ne dit d'un chirurgien qui, dans la même journée et presque à la ne heure, anéantit avec le chloral la sensibilité d'un tétanique ui frictionne la peau de façon à provoquer ou à réveiller des con-

vulsions retoutables. Certes, on ne saurait blâmer les essais l qu'il s'agit d'une maladie qui tue si souvent; mais on peut récla des expérimentateurs et des praticiens une certaine soumission règles de la physiologie pathologique. Si j'ai obtenu des succès le traitement du tétanos, c'est à coup sûr parce que je me suis l conduire par une théorie, que je me suis posé des indications cises et que j'ai rigoureusement cherché à les remplir.

Si je me permets de critiquer la conduite de mes confrères, c que j'ai fait comme eux, et que m'étant aperçu de mon erreur crois devoir la signaler aux autres.

Plaie contuse de la face palmaire du petit doigt de la main dr avec ouverture de l'articulation phalangienne. — Tétanos s survenu quinze jours après l'accident. — Traitement mi par les opiacés et l'hydrate de chloral. — Mort (Obs. M. le Dr Robuchon, de l'îsle d'Yeu, Vendée).

A. D..., soudier, trente-neuf ans, constitution robuste, n'a jusqu'à ce jour aucune maladie. Antécédents alcooliques manifest Il habite une maison mal bâtie, très exposée à tous les vents.

Le 4 octobre 1882, la main droite étant prise sous un bloc soude, l'annulaire est légèrement excorié et le petit doigt atteint plaie contuse à la face palmaire avec ouverture de l'articulati phalangienne.

Immédiatement après l'accident, les deux plaies sont lavées grande eau, et l'on applique un pansement ouaté qui dut être renou velé le lendemain, parce qu'il avait été traversé par le sang.

B... ne revint plus, se fit soigner avec des huiles et des onguent et malgré une vive inflammation du doigt, continua à visiter champ par un temps humide et froid. Le 12 octobre, il travaillait grand air, le visage crispé par la douleur, en pleine réaction fébri et le bras envahi par une lymphangite. Malgré tout, le malade co tinua à refuser les soins de M. Robuchon; mais le 19 octobre, no confrère fut appelé et constata l'état suivant :

Insomnie, malaise général, raideur douloureuse du ventre, gê dans les mouvements des mâchoires et du cou; impossibilité marcher; refroidissement des deux membres inférieurs, bien suivi de sueurs profuses; dysphagie marquée surtout pour liquides; grande anxiété. D... se met à pleurer. La cicatrisation la plaie du petit doigt était peu avancée; cette plaie elle-mê recouverte d'un putrilage gangréneux, exhalait une odeur infecte

tait douloureuse au toucher; le bras, à peine tuméfié, ne conser-
ait aucune trace de lymphangite. Lavage de la plaie, cataplasmes, otion à l'acétate d'ammoniaque pour augmenter la sudation, 0 gouttes de laudanum par heure.

Dans la nuit suivante, transpiration excessive; le trismus s'accen-
ıe ainsi que la raideur tétanique de tous les muscles du cou, du orax et de la paroi abdominale.

Le 20 octobre au matin, D... peut à peine desserrer les dents our laisser passer le bec d'un biberon; mais il avale facilement les édicaments et les aliments (bouillon, œufs, vin). Inquiétude xtrême. Pas de douleurs vives. La tête est légèrement renversée en rrière; membres encore souples. Miction dans la nuit. Pas de selles epuis la veille. Pouls à 75. On continue le laudanum, 10 gouttes ır heure. Le plus grand silence est recommandé.

Le soir, même état. Ni selles ni urines dans la journée; la dé-
utition, de plus en plus difficile, devient impossible dans le cou-
ınt de la nuit. Voix toujours très nette.

Le 21 octobre au matin, même anxiété; pour la première fois, cousses convulsives. Ni urines ni selles; les sueurs diminuent. uit grammes de chloral en lavement. A la suite, repos; la dégluti-
on, toujours pénible, redevient possible. Les convulsions ne sont ni op fréquentes ni trop douloureuses. Membres encore souples; le ras droit, en contracture, reste suspendu hors du lit malgré les forts tentés pour le faire reposer. Impossibilité d'uriner. Dans la urnée, second lavement avec 5 grammes de chloral; injection ypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine; soupissement immédiat du malade. Un troisième lavement avec grammes de chloral, administré vers cinq heures, n'a pas été nservé. Quelques boissons alimentaires ont été avalées. Contrac-
on des pupilles; membres toujours souples; température peu éle-
e. Pouls dur, à 95. Douleurs vives derrière le cou. Lavage et nsement de la plaie; nouvelle injection d'un centigramme de mor-
hine : aussitôt, relâchement assez prononcé de tous les muscles ontractés. Le malade s'endort.

Le 22 octobre au matin, D... a reposé jusqu'à minuit; alors, après ien des efforts, il rend une petite quantité d'urine très chargée. ouleurs violentes dans le dos et derrière le cou, sueurs complète-
ent supprimées. Le malade, qui avale facilement les boissons ali-
entaires, a refusé le laudanum. Comme il rapporte toute sa mala-
ie à la difficulté de la miction, le cathétérisme est pratiqué et trait plus d'un demi-litre d'urine épaisse, fétide.

Les secousses convulsives, étendues à tout le tronc, devie de plus en plus fréquentes, injection d'un centigramme de mor le malade s'endort aussitôt. On reprend le laudanum.

Dans l'après-midi, secousses continuelles; les membres et s les inférieurs se contracturent d'une façon intermittente et a tive. Le moindre bruit et le plus léger attouchement provoque soubresauts ou les exaspèrent. Pouls petit et précipité, à 110; assez prononcée; un deuxième cathétérisme, pratiqué sur le tances du malade, donne un quart de litre d'une urine inco inodore; lavement laxatif; évacuation abondante de gaz.

D... s'est assez bien alimenté, a pris 1gr,50 de laudanum midi. Une injection d'un centigramme de morphine est suivi diatement de sommeil, qui malheureusement ne dure pas long En effet, dès sept heures du soir, délire avec agitation; le veut se lever malgré la raideur tétanique de ses membre secousses convulsives sont remplacées par un tremblement p imperceptible des membres supérieurs et surtout du membre 6 gouttes de laudanum administrées à ce moment apaise malade. A huit heures trente minutes un lavement de chloral immédiatement le calme le plus complet; seulement la respir jusqu'alors assez régulière, devient plus précipitée et plus br Vers minuit, réveil, agitation, délire. A trois heures du second lavement de chloral; retour immédiat au calme, m respiration s'embarrasse de plus en plus.

Le 23 au matin, le délire continue; pouls misérable fièvre très forte; respiration râlante; teinte asphyxique de queuses. Le cathétérisme donne issue à un demi-litre d'urine et sans odeur; les piqûres d'épingle ne réveillent plus de r sur aucun point du corps, lequel est en rigidité complète et sauf pour les muscles de la partie antérieure du cou et du qui sont relâchés. La plaie n'a pas suppuré depuis tre heures.

Mort à onze heures. Pas d'autopsie.

M. Robuchon fait suivre son récit de quelques remarques. Il croit que le tétanos chez son blessé a été causé plutôt par l' sence de soins et les pansements irritants que par le froid et l'h midité. En effet, ces conditions météorologiques sont hab dans l'isle d'Yeu, et cependant le tétanos y semble si rare faisant appel aux souvenirs les plus lointains des habitan confrère n'a eu conn[illegible] que d'un seul cas, d'[illegible]

ment terminé par la mort[1]. Il disculpe surtout le pansement ouaté qu'il a employé maintes fois pour des plaies contuses et dont il s'est toujours très bien trouvé.

Ce qu'il est surtout intéressant de relever ici, c'est le pessimisme tranquille de l'auteur en ce qui concerne le pronostic du tétanos. Dans son esprit, la maladie est si fatalement mortelle, qu'il se contente du résultat obtenu par son traitement. Il a réalisé du calme et cela lui suffit ; il s'excuse à ce propos de n'avoir pas porté plus loin les doses d'opium et de chloral, sous prétexte que son seul but étant de donner du repos à son tétanique, « il devenait inutile et peut-être même dangereux d'accumuler les doses du moment où le résultat était obtenu ».

Ce fatalisme, nous l'avons observé chez nos maîtres pour la pyohémie; tout le monde y croit pour la rage; il était légitime, autrefois, pour le tétanos; mais actuellement, il n'en est plus ainsi, et rien n'indique que M. Robuchon n'aurait pas pu sauver son malade s'il eût été animé par la foi.

Jetons un coup d'œil en effet sur la manière dont a été conduit le traitement pharmaceutique. Le tétanos éclate ; on reste d'abord quarante-huit heures sans administrer le chloral, et l'on se contente de donner le laudanum à la dose de 10 gouttes d'heure en heure. Au bout de ce temps, on donne en lavement 8 grammes de chloral qui produisent un calme rapide. On associe la morphine en injections, mêmes effets favorables; puis on suspend le chloral et on revient au laudanum, pour reprendre de nouveau le chloral, mais seulement le lendemain.

Je cite ces incertitudes de la thérapeutique, non point pour blâmer mon confrère, mais pour montrer, comme dans l'observation précédente, à quoi conduit en thérapeutique l'absence de notions nettes de la cause, de la pathogénie et des indications à remplir.

Je ne suivrai pas M. Robuchon sur le terrain des causes du tétanos. On sait, qu'en ce moment, deux théories sont en présence : l'une qui attribue à l'excitation du système nerveux mis en jeu par l'irritation locale les phénomènes spasmodiques (théorie réflexe), l'autre qui proclame la nature infectieuse du mal.

Depuis les singulières remarques et recherches de Duboué et de Pasteur sur la rage, la théorie parasitaire du tétanos, qui jadis

1. Cette phrase a été écrite au commencement de 1885. Depuis lors M. Robuchon a encore observé un cas de tétanos mortel.

m'avait paru tout à fait fantaisiste, me semble aujourd'hui gag quelque terrain. Je ferai observer toutefois qu'on comprend diffi lement comment des germes infectieux, transmissibles, auraient venir atteindre un pauvre habitant d'une île quasi perdue sur côtes de l'Océan.

M. Robuchon s'excuse aussi de n'avoir point employé les bai et moi je le félicite d'avoir omis ce moyen périlleux. Se figure-t- les effets de la balnéation dans un taudis de paysans, mal chauff ouvert à tous les vents, et les résultats de la friction exercée sur corps avec la rude toile dont on aurait pu diposer. Un bain da de telles conditions ferait revenir le tétanos à un malade qui serait aux trois quarts guéri.

Abcès consécutif à un cor du petit orteil. — Incision. — Tétan de moyenne intensité. — Traitement par le chloral, la bell done et l'opium. — Guérison (Obs. par M. le Dr Poussox, ai d'anatomie de la Faculté.)

B..., trente-sept ans, cordonnier, bonne constitution, bonne sant habituelle. Pas d'affections nerveuses dans la famille.

Depuis longtemps, cor au petit orteil gauche, enflammé depu quelques jours; abcès pour lequel B... entre le 7 janvier 1875 l'hôpital Saint-André de Bordeaux, service de M. Azam.

Hébétude de la face; muscles contracturés; commissures labial tirées en dehors; arcades dentaires difficiles à écarter; masséter durs et saillants; contracture du sterno-mastoïdien, du trapèze et de muscles de la nuque. Pas de gêne de la déglutition ni de la respira tion. Pouls régulier, à 94. Temp. 37°,3.

L'abcès est ouvert avec la lancette, pansé avec la charpie, et guér en trois jours. Mais la contracture des masséters et des muscles d cou persiste malgré des onctions répétées plusieurs fois par jour avec l'onguent belladoné, et l'administration de 6 grammes d chloral.

Même état jusqu'au 18 janvier, c'est-à-dire pendant dix jours; le malade ne peut ingérer que des aliments liquides. Pas de fièvre pouls entre 80 et 90 pulsations; température entre 37° et 37°,6. Le onctions belladonées ont été continuées; la dose de chloral a été progressivement portée à 12 grammes.

Dans la nuit du 18 au 19, agitation; augmentation du trismus e de la contracture des muscles trapèzes et sterno-mastoïdiens. Pouls à 104. Temp. 37°,4. Le chloral est porté à 14 grammes. Insomnie

Le 20, premières crampes douloureuses mais passagères, dans les ollets et dans les bras. Pouls 88. Temp. 37°, 6. On remplace le hloral par une potion avec 0gr,05 d'extrait de belladone et 0gr,10 l'extrait thébaïque, administrée par cuillerée toutes les heures, à artir de onze heures du matin.

Dans l'après-midi, trois ou quatre accès de convulsions toniques; igidité subite de tout le corps pendant quelques minutes. A sept eures seulement, l'effet de l'opium se fait sentir; on donne encore leux cuillerées de la potion. A minuit, profond sommeil, qui dure usqu'à sept heures du matin. Pupilles légèrement dilatées.

Le 21, trismus plus prononcé que la veille; cou raide; paroi abdominale un peu dure et rétractée; douleur et résistance des membres aux mouvements provoqués. On reprend la potion belladonée, et à trois heures, on administre un bain de vapeur. Pouls régulier, à 92. Temp. 37°, 8. A cinq heures, invasion subite de convulsions : la tête est fléchie en avant, sur la poitrine, et les cuisses sur le bassin, de telle sorte que le malade ne repose pour ainsi dire plus que sur le sacrum; face grimaçante. Respiration facile; pas de délire. Les convulsions augmentent au moindre mouvement, continuent dans la nuit, cessent vers le matin, et font place à une sorte de coma pendant lequel le trismus diminue.

Le 22, journée assez bonne; pas d'attaques convulsives; même otion; nouveau bain de vapeur.

Le 23, plusieurs attaques convulsives portant tantôt sur certains roupes de muscles, tantôt sur d'autres, de sorte qu'on voit se succéder l'opisthotonos, l'emprosthotonos et le pleurosthotonos. Dans la uit, les attaques cessent; relâchement des muscles, sommeil.

Le 24, la contracture tétanique a reparu avec des spasmes paxystiques plus intenses encore que la veille. Pouls 96; Temp. 38°. ème potion. Nouveau bain de vapeur. Mais, dans l'après-midi, le lade, très excité, refuse le bain et la potion. On lui en donne une tre avec 3 grammes de bromure de potassium et de chloral. it bonne.

Le 25, contractures musculaires moindres. Vers le soir, quelques nulsions de très courte durée. On continue le chloral et le bromure.

Le 26, le mieux s'accentue. Pas de nouvelles crises : les traits rennent leur régularité; les mâchoires s'écartent de 0m,02 0m,03. me potion.

Le 27 et jours suivants, le malade va de mieux en mieux; le vrier il peut manger un peu de pain, et le 10, il se lève quelques res. On continue la potion jusqu'au 10 février.

Le 13 février, le malade sort complètement guéri.

Relevons dans cette observation deux points intéressants. Ici d'abord le traumatisme n'a rien à faire, car il s'agit d'un abcès développé sous un cor et ouvert après que le tétanos était déjà déclaré. A propos du traitement, nous avons une nouvelle preuve de ce qu'on perd à changer trop la médication. Au début et pendant *douze* jours, on avait administré seulement le chloral à l'intérieur — je compte pour peu les frictions belladonnées; on avait commencé par 6 grammes, dose un peu faible, et l'on était arrivé à 14; le malade à la vérité n'était pas guéri, mais au moins il n'était pas mort et c'est quelque chose d'être encore en vie après douze jours de tétanos.

Néanmoins, du douzième au seizième jour, on abandonne le chloral pour la belladone, l'opium et les bains de vapeur; mais l'état s'aggrave à ce point que le patient refuse absolument le nouveau traitement et surtout les bains de vapeur qui paraissent très particulièrement nuisibles.

Alors on revient tout uniment au chloral, avec addition *inoffensive* de bromure de potassium, et à partir de ce moment la marche vers la guérison reprend tranquillement son cours.

En regard de la thérapeutique indécise et parfois incohérente qu'on emploie trop souvent, permettez-moi de rapporter deux faits où tout au contraire on a, du commencement jusqu'à la fin, suivi une seule et méthodique voie, qui a d'ailleurs conduit au succès.

Je vous donnerai d'abord un résumé du cas qui nous a été jadis adressé par M. le Dr Ballu (de Nanterre).

Tétanos traumatique apparu douze jours après une amputation de deux orteils. — Traitement par le chloral à l'intérieur dès le début, et le chloroforme en inhalations. — Guérison.

Le 8 février 1877, une femme de trente ans, ayant eu cinq jours auparavant le pied écrasé par une roue de voiture, dut subir *la désarticulation* des deux premiers orteils. La malade étant très nerveuse, on prescrivit les antispasmodiques. Tout alla bien d'abord, mais le douzième jour de l'opération, 20 février, à la suite d'une violente émotion, apparurent les premiers symptômes du tétanos : difficulté de la parole et de la déglutition, contraction spasmodique des muscles de la face, douleur vers la nuque et raideur des extrémités. M. Ballu employa d'abord l'opium à l'intérieur et sur la plaie, et le chloral à la dose de 8 grammes par jour, puis de 10 grammes avec

,20 d'opium; mais voyant les symptômes augmenter rapidement ntensité, il vint à la Pitié le surlendemain matin me demander iseil.

Je lui exposai les principes du traitement: repos, silence, imobilité, température constante, coma continu obtenu par le loral. Joindre, si besoin est, les inhalations de chloroforme.

La formule fut appliquée dans toute sa rigueur, et la malade iintenue pendant vingt-huit jours dans le sommeil. Au bout de iq à six jours la cicatrisation de la plaie, d'abord arrêtée, reprit sa irche sans interruption jusqu'à la guérison.

A partir du 1er mars, inhalations de chloroforme.

Le 2 mars, l'état est très grave; contracture généralisée. M. Briiet, appelé en consultation, conseille de continuer le traitement et 'y ajouter les injections hypodermiques de morphine. Celles-ci ne roduisant aucun effet, M. Ballu les remplace par les frictions de hloroforme et continue les inhalations auxquelles il procède luiiéme; les crises diminuent d'intensité et s'éloignent; sommeil 'abord de quarante minutes, puis de plusieurs heures.

M. Ballu diminue le chloral à partir du 13 mars, et dès le 15, le rismus commence à céder. Au trente-cinquième jour, la malade ut être levée une heure le matin et le soir, et faire de petits repas. u quarantième jour, les accidents cessèrent définitivement. Pendant s derniers jours du traitement, lorsque survenaient les convulsions t les douleurs, on faisait respirer le chloroforme jusqu'à résolution mplète.

On consomma des quantités considérables des deux médicaments, it 900 grammes d'hydrate de chloral et 2300 grammes de chloforme. La santé ultérieure de la patiente n'en parut nullement ublée.

e me permettrai d'attirer d'abord votre attention sur l'utilité d'un amme fixe. M. Ballu, qui a presque mon âge, ayant été externe Lisfranc en 1845, quand j'y étais interne, n'avait jamais guéri guérir de tétanos.

lui indique sommairement la conduite à suivre et les indicaà remplir; il veut bien se conformer aveuglément à mes ils. Sans se laisser détourner ni ébranler par les alternatives lioration et d'aggravation si ordinaires dans la maladie en ion, imperturbablement il administre les mêmes médicaments rsuit la même médication pendant vingt-huit jours consécutifs, réussit.

Je vous ferai remarquer en second lieu qu'il y a eu ici associa de deux médicaments agissant d'une manière analogue sans do mais administrés cependant dans un but un peu différent. tandis qu'on donnait le chloral pour produire et entretenir la r lution musculaire, on avait recours au chloroforme seulem pour faire cesser les convulsions douloureuses revenant par cri Ainsi se trouvaient combattus les trois symptômes principaux la maladie : la contraction tonique, la contraction clonique et douleur.

L'observation attentive des faits tendrait à prouver qu'un médicament peut difficilement obtenir ce triple résultat; dès lor combinaison pharmaceutique s'impose comme une nécessité et il reste plus qu'à chercher quels agents peuvent être le plus utilem administrés ensemble.

Le chloral et le chloroforme ont réussi entre les mains M. Ballu; or, si je ne préconise pas d'une façon particulière ce association, j'accepte cependant qu'elle est rationnelle et confor à la théorie.

Dans le cas suivant, envoyé à la Société par M. le Dr Mépl (de Moulins), l'association de la morphine au chloral paraît av donné les meilleurs résultats.

Plaie contuse avec déchirure des enveloppes du testicule et de tunique vaginale. — Sphacèle partiel du scrotum. — Tétan — Pansements à l'alcool et au chloral. — Chloral à l'intéri et injections hypodermiques de morphine. — Guérison.

J..., quatorze ans, tailleur, petit, maigre, actif et remuant, te pérament nerveux très accusé, tic continuel des muscles des p pières et des lèvres.

Le 16 août 1875, chute du premier étage sur un tas de bois, jambes fortement écartées et repliées; douleur extrêmement lente dans les parties, ce qui n'empêche pas J... de se relever et remonter au premier étage.

Appelé immédiatement, M. Méplain constate que la bourse dr est divisée du haut en bas en trois lambeaux qui, attirés en haut la rétraction du crémaster, laissent à découvert la tunique albug et l'épididyme. La section des tissus est si nette, qu'on la croi produite par un instrument tranchant.

On ramène les lambeaux du scrotum sur le testicule dénudé et les réunit par sept points de suture; puis on recouvre la plaie

charpie imbibée d'eau-de-vie (le pansement de Lister n'étant alors guère connu en province.)

Les 17, 18 et 19 août, douleur modérée; fièvre nulle; l'un des lambeaux devient livide et se gangrène le 20; des gaz infects soulèvent les autres; on enlève cinq des points de suture et l'on substitue à l'eau-de-vie une solution d'hydrate de chloral au cinquième.

Le 21 août, ablation des deux dernières épingles.

Du 21 au 27 août, les lambeaux postérieur et externe mortifiés en grande partie se détachent, laissant à leur place une surface bourgeonnante, d'un rose vif, sécrétant un pus de bon aspect; peu d'odeur. État général très satisfaisant. La cicatrisation marche régulièrement.

Le 30 août, on revient au pansement avec l'alcool étendu.

Le 1er septembre, le malade ne peut écarter les dents, cependant aucune douleur dans les masséters ni du côté de la colonne vertébrale. La plaie de très bel aspect est toujours indolente. Ayant vu maintes fois, chez cet enfant, les muscles de la face atteints de tics et de contorsions bizarres, ne trouvant d'ailleurs de sensation douloureuse en aucun point du corps, ni dans les muscles contracturés, ni à la nuque, M. Méplain n'attacha pas immédiatement au trismus l'importance qu'il lui aurait attribué chez tout autre sujet et se borna à prescrire une potion antispasmodique (éther et valériane).

Dans la soirée, le malade ne se plaignait de rien ; mais le trismus était plus prononcé et l'impossibilité d'écarter la mâchoire absolue. Un peu de sensibilité à la pression sur les apophyses épineuses des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires.

Le 2 septembre, persistance du trismus et de la sensibilité lombaire, pas d'accès convulsifs. Bon état de la plaie; pouls à 68; appétit conservé, aliments liquides. Potion antispasmodique *ut supra*.

Le 3 septembre, douleur rachidienne accrue, raideur générale de la colonne vertébrale et cambrure dans les parties lombaire et dorsale. Persistance du trismus. Pas de fièvre, appétit conservé.

5 grammes de chloral dans la journée.

Le 4 septembre au matin, exaspération de la douleur rachidienne avec paroxysmes qui se renouvellent deux à trois fois par heure, durent chaque fois de deux à cinq minutes et s'accompagnent d'une contracture violente des muscles post-vertébraux.

Outre la douleur rachidienne, existe dans la fosse iliaque droite, au voisinage de l'anneau inguinal interne, une douleur assez vive, constante, mais que la pression exaspère en provoquant immédiate-

ment un accès tétanique. Ventre tendu, ballonné; constipation depuis deux jours. On prescrit alors : huile de ricin (vomie sans effet purgatif), 20 grammes; hydrate de chloral, 5 grammes; injection hypodermique de chlorhydrate de morphine, 15 milligrammes.

Le soir, douleurs rachidiennes et abdominales un peu moindres. Pesanteur de tête, sans sommeil. Nouvelle injection de morphine de un centigramme et demi : pendant la seconde moitié de la nuit le malade a dormi profondément et la contracture des mâchoires a diminué.

Le 5 septembre au matin, secousses convulsives moins fréquentes, moins prolongées. Pouls à 90. Chloral, 6 grammes; injection d'un centigramme et demi de morphine.

Le soir, le malade dort profondément; on ouvre largement les mâchoires presque sans résistance; les pupilles sont fortement contractées, ponctiformes. Respiration large, régulière.

Pas d'injection de morphine, on continue le chloral.

Le 6 septembre au matin, le sommeil a cessé; les pupilles sont dilatées, pas de fièvre. Diminution de la douleur de la *fosse iliaque*. Trismus très prononcé. 5 grammes de chloral. Injection de morphine de 15 milligrammes

Journée assez calme. Le soir, nouvelle injection de morphine.

Du 6 au 10 septembre, état à peu près stationnaire. Le trismus et la raideur rachidienne diminuent beaucoup pendant le sommeil et reparaissent au réveil. Dix-huit à vingt heures de sommeil par jour. Les accès violents de contracture tétanique sont assez rares depuis que le traitement est commencé; ils se produisent le plus souvent au moment du réveil, ou bien sous l'impression d'un bruit quelconque ou de la lumière.

Le chloral est continué à la dose de 5 grammes par jour.

Les injections de morphine sont faites régulièrement deux fois par jour; la dose totale de ce médicament est de 0gr,04 le 7 septembre; 0gr,06 le 8 septembre; 0gr,08 le 9 septembre; 0gr,10 le 10 septembre.

Le 10 septembre, la contracture des pupilles obtenue par la morphine est moins persistante: les accès d'opisthotonos sont plus fréquents (le chloral a été pris moins régulièrement).

Le 11 septembre, le malade a refusé absolument de prendre la potion au chloral et s'est mis dans une colère violente. Il en est résulté un redoublement de crises tétaniques très douloureuses qui se répètent plusieurs fois par heure jusqu'à une heure de la nuit. A partir de ce moment, sommeil profond.

Le malade reprend dans la journée 5 grammes de chloral; en outre quatre injections de morphine, de 0gr,03 chaque, soit 0gr,12 pour les vingt-quatre heures.

Le soir, amélioration très prononcée qui se continue le lendemain.

Le 12 septembre, détente générale de tous les muscles contracturés, 0gr,06 de morphine et 3 grammes de chloral dans la matinée, pas le soir. Nuit calme, pas de fièvre.

Le 13 septembre, la contracture générale n'a pas augmenté depuis la veille. Les pupilles sont largement dilatées. M. Méplain essaie de suspendre tout traitement; mais de midi à deux heures, huit accès convulsifs reparaissent; on reprend le chloral et on injecte sous la peau 0gr,03 de morphine. Une semblable injection est pratiquée le soir à dix heures.

Le 14 septembre, l'amélioration reparaît comme avant et du 14 au 28 septembre elle se prononce graduellement davantage. Le trismus diminue considérablement, ainsi que la contracture des muscles post-vertébraux, et la raideur tétanique finit par se localiser, d'une façon assez singulière, dans les muscles fléchisseurs de la jambe de l'un et l'autre côté. Pendant cette période les accès convulsifs, en général très courts et relativement faibles, ne reparaissent que sous l'influence d'une excitation sensorielle quelconque assez vive, ou deux ou trois fois à la suite d'un retard de quelques heures de l'injection de morphine.

Pendant ces quatorze jours la dose du chloral a été abaissée graduellement de 5 à 2 grammes; celle de la morphine a été maintenue à 0gr,06 en deux injections.

Le 29 septembre, les fléchisseurs des jambes sont seuls contracturés. Les mouvements de la mâchoire sont encore un peu raides, mais la mastication se fait sans difficulté sérieuse. Aucune douleur dans les muscles contracturés des jambes si ce n'est lorsque l'heure de l'injection de morphine est proche et surtout si elle se trouve un peu retardée; la dose habituelle fait immédiatement cesser les phénomènes pénibles.

Du 30 septembre au 2 octobre, amélioration progressive.

Le 2 octobre, on suspend définitivement le chloral; une potion avec 4 grammes de bromure de potassium étant vomie avec persistance, on dut renoncer à son emploi. Les injections de morphine furent seules continuées.

Du 3 au 9 octobre, les mouvements redeviennent faciles; le malade peut se tenir debout et marcher sans douleur. Les mouve-

ments sont bien coordonnés. Les injections de morphine s continuées à dose décroissante.

Le 20 octobre, tout symptôme convulsif ou douloureux ay disparu depuis le 12, on cesse le traitement. Plaie complètem guérie; cicatrice peu difforme et non douloureuse. Le testic paraît sain, offrant à la palpation sa grosseur et sa sensibilité n males.

Pendant la durée de la maladie, J... a absorbé, en tot 106 grammes d'hydrate de chloral, et 2gr,20 de chlorydrate morphine.

Un détail accessoire : depuis cette maladie, le jeune garçon, re souvent depuis et dont la guérison s'est d'ailleurs parfaiteme maintenue, n'a plus présenté ces tics incessants des muscles de face dont il était jadis atteint.

A la suite de cette intéressante observation, M. Méplain a ajou des notes plus succinctes sur deux autres cas de tétanos observés p lui.

» Le malade qui fait l'objet de cette observation, dit-il, n'a pas ét le seul à bénéficier de l'heureuse inspiration que j'avais eue de l mettre au traitement chloralo-morphiné. Tandis qu'il était conv lescent, un de mes confrères, le Dr Lejeune, vint me demander d voir avec lui un de ses clients, moissonneur qui, en aiguisant un faux, s'était coupé profondément un doigt et avait été, à la suite d cet accident (je ne saurais préciser combien de jours après), attein de tétanos. Sur ce second malade, je ne puis donner qu'une simpl note, ne l'ayant vu qu'une fois, au second ou troisième jour de accidents tétaniques, et n'ayant connu que succinctement, par mo confrère, la suite de son histoire. Elle peut se résumer ainsi : a moment où je vis le malade, accès convulsifs très violents, se répé tant de une à six fois par heure; trismus et contracture des muscle post-vertébraux intenses et permanents; raideur douloureuse de muscles extenseurs fémoraux; la main blessée fut maintenue dan un bain d'eau tiède; le chloral fut administré à haute dose et des injections de morphine pratiquées plusieurs fois par jour (0gr,06 à 0gr,12 par jour). Apaisement immédiat des principaux symptôme et guérison définitive en deux ou trois semaines.

» Enfin, il y a quelques mois à peine, je fus appelé à quelques lieues de Moulins auprès d'un jeune garçon d'environ quinze ans, atteint, lui aussi, de tétanos à la suite d'une blessure à un doigt par arrachement de l'extrémité onguéale, remontant à trois

semaines environ). J'attache à ce fait moins d'importance qu'aux précédents, parce qu'ici le tétanos, dont l'apparition datait de trois jours déjà, se présentait avec des allures relativement bénignes et peu comparables au cortège de symptômes si menaçants des deux autres que je viens de rapporter.

» La distance à laquelle se trouvait ce malade ne me permettant pas de recourir aux injections de morphine fréquemment répétées, je fis administrer ce médicament à la dose de 0gr,05 par jour, dans une potion où il était associé à 6 grammes de chloral. Je recommandai à la famille le calme, le silence le plus absolu possible, et l'obcurité aussi complète qu'elle pût être obtenue. Le tétanos était bien cette fois bénin, car huit jours de ce traitement suffirent pour obtenir une guérison qui ne s'est pas démentie depuis. »

Ces trois cas de tétanos, traités par la médication chloralo-morphinée et suivis de guérison, nous paraissent de nature à affirmer la puissance presque illimitée de cette médication contre le tétanos, d'autant plus que ces trois cas sont les seuls que M. Méplain ait observés dans sa pratique. Néanmoins notre habile confrère ne veut pas conclure trop vite, et sans vouloir juger définitivement ce mode de traitement et proclamer son infaillibilité, il se contente de dire pour le moment que nous avons là une arme très puissante, commode à manier et partant infiniment précieuse.

Les revers que nous avons signalés au cours de ce rapport montrent en effet qu'il faut apporter quelque réserve dans l'appréciation de la médication chloralo-morphinée; mais les succès sont encore plus nombreux, et actuellement nous ne connaissons aucun moyen thérapeutique qui ait donné d'aussi beaux résultats dans le traitement du tétanos.

Je ne voudrais pas étendre indéfiniment ce rapport, ce qui me serait possible, si je voulais surtout chercher dans les faits publiés les éléments d'une critique facile; je ne puis cependant résister au désir de faire quelques courts emprunts à la littérature étrangère pour appuyer mon opinion sur la haute valeur du chloral dans le traitement du tétanos.

Voici d'abord une note du Dr Zémalsky publiée dans un journal russe, *Vratch*, n° 11, 14 mars 1885; on y voit notée l'association de plusieurs médicaments, mais il est évident que le chloral à hautes doses mérite seul les honneurs de la cure.

Il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans, blessée au petit doigt par un fragment de verre, entrée au bout d'une semaine à l'hôpital pour une inflammation du doigt et un tétanos assez avancé.

Le traitement dura vingt-sept jours, qu'on peut diviser en trois périodes. Dans la première, qui se prolongea huit jours, on administra 15 grammes de bromure de potassium, 7 grammes et demi de chloral, et 0gr,05 de morphine. L'amélioration n'étant pas appréciable, on supprima le chloral, mais la contracture augmenta beaucoup ainsi que le délire pendant cette seconde période.

On revint alors exclusivement au chloral, mais à des doses considérables, soit en trente-six heures 30 grammes du médicament. Les jours suivants la dose fut réduite à 15 grammes. Les symptômes s'amendèrent bientôt, mais la rigidité musculaire ne céda qu'après douze jours, ce qui constitua la troisième phase de la cure.

Il paraît évident que la guérison a été due ici aux fortes doses de chloral. Le bromure de potassium et la morphine ne paraissent pas avoir eu grande utilité. L'auteur a même remarqué que *le délire* était causé par le dernier médicament, car il parut, augmenta et cessa avec son emploi.

Dans une note intitulée : *Sur quelques cas de tétanos traumatique traités dans le grand hôpital de Milan de* 1879 à 1884, Bossi rapporte avoir employé simultanément le chloral à hautes doses, le sulfate de quinine et les bains chauds.

Dix malades sur douze guérirent.

Bossi vante surtout le chloral dont les adultes supportent aisément 12 grammes par jour; le médicament peut être également appliqué sur la plaie et employé en injections hypodermiques, à la dose de 1 à 2 grammes (*London Medical Record*, p. 190; 1885).

Le Dr Regazzoni, chirurgien de l'hôpital de Bergame, a bien voulu m'envoyer une brochure[1] relatant cinq cas de tétanos avec deux revers et trois succès. On employa le chloral à l'intérieur puis en injections intra-veineuses et hypodermiques, le sulfate d'atropine et le chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées, les inhalations et enfin les bains chauds très prolongés.

Or, je remarque que les deux malades qui succombèrent ne prirent point de chloral; au contraire, des trois qui guérirent, deux reçurent ce médicament à doses assez fortes, par diverses voies et pendant toute la durée de la cure.

1. Contributo allo studio del Tetano traumatico (*Rivista Veneta di Scienze mediche*, 1884.

Dans cette série encore, c'est le chloral qui a pris la plus grande part à la guérison.

Au cas où le précédent rapport donnerait lieu, au sein de la Société, à une discussion désirable d'ailleurs, je crois bon de formuler les quelques conclusions suivantes :

1° Le tétanos, complication heureusement rare des lésions chirurgicales sous notre latitude, n'a pas été sensiblement modifié par le pansement antiseptique et semble toujours fort grave; toutefois le pronostic s'est depuis quelques années sensiblement amélioré et la guérison n'est plus comme autrefois un fait en quelque sorte miraculeux;

2° En l'absence de notions étiologiques précises, la thérapeutique reste à la vérité purement empirique, mais le raisonnement et l'expérience s'accordent à chercher le salut dans la médication narcotique et stupéfiante et dans la suppression de toutes les excitations sensorielles ou tactiles;

3° Parmi les médicaments à introduire dans l'économie, le chloral est sans contredit le plus efficace et le plus facile à manier; néanmoins, il paraît exiger dans un grand nombre de cas le secours de l'opium et de ses dérivés. En effet le chloral et la morphine, associés de bonne heure, à dose suffisante pour abolir en quelque sorte la vie de relation, et continués pendant longtemps, donnent une proportion de succès que nulle autre combinaison médicamenteuse n'a atteint jusqu'ici;

4° Il importe infiniment de proclamer que le tétanos est une affection cyclique à évolution particulière, qu'on ne saurait donc juguler et qui dure d'ailleurs beaucoup plus longtemps qu'on ne le croyait, c'est-à-dire trois septénaires en moyenne;

5° Pendant toute cette durée, les indications restent les mêmes et la médication doit être poursuivie sans relâche. La cure est le plus souvent compromise par l'indécision, la variabilité, le défaut de suite, l'incohérence même dans le choix et le mode d'administration des remèdes;

6° Tout fait espérer que la médication chloralo-opiacée, appliquée avec promptitude, persévérance et vigueur, donnera dans la suite des succès de plus en plus nombreux.

[illegible] parmi les maladies [illegible] ces dernières sont [illegible] en deux groupes, [illegible] en dispose à des [illegible] se demander où il convient de placer le [illegible] termes, rechercher si un tétanique guéri [illegible] exposé tout au contraire à la [illegible].

[illegible] n'a guère été agitée jusqu'ici, peut-être [illegible] les guérisons, et sans doute aussi parce que [illegible] tétanos aux maladies virulentes est encore de date [illegible] ne me permettant pas de me livrer à de longues [illegible], je me contenterai d'analyser ici et de [illegible] observation recueillie — sans idée précon[illegible] ce qui augmente sa valeur — par un de mes meilleurs [illegible], le Dr Louis Moreau, professeur suppléant à l'École [illegible] d'Alger.

[illegible] est insuffisant pour résoudre le problème, autorise [illegible] le poser, et si en le reproduisant je soulevais un début [illegible] une partie du but que je poursuis.

[illegible] guéris par le repos, les calmants et les courants continus [2].

M. C..., trente-deux ans, né à Marseille, venu à Alger depuis [illegible]eux mois, entre à l'hôpital Mustapha le 26 novembre 1885. Très [illegible] portant le matin, il a été pris après déjeuner de malaises et de vomissements; il se couche, et une heure plus tard est pris de trismus. Bientôt tout le corps devient raide, en extension; le soir, secousses convulsives des membres inférieurs; chute à bas du lit. Impossibilité d'administrer ni aliment ni médicament à cause du trismus.

Le 27 novembre au matin, raideur des mâchoires, de la nuque, du tronc et des membres; le corps immobilisé en extension parfaite, peut être soulevé tout d'une pièce; respiration régulière, pouls fréquent, peau médiocrement chaude; intelligence intacte.

1. [illegible] *[illegible]ette hebdomadaire*, 25 juin 1886, p. 426.
2. [illegible]vier-février 1886, p. 31.

Les sourcils et les globes oculaires ayant seuls conservé leur mobilité dans ce spasme généralisé, on s'en sert pour interroger le malade, qui pour répondre *oui* porte le regard à droite, et à gauche pour répondre *non*. On apprend ainsi qu'il ne souffre pas.

On porte le diagnostic de tétanos spontané, parce qu'on ne trouve sur la surface du corps aucune lésion pouvant servir de porte d'entrée à un virus, ni provoquer l'irritation du système nerveux et parce que le malade n'a eu ni chute ni refroidissement.

Prescription : repos absolu, soustraction à toutes les causes d'excitation : froid, bruit, lumière, mouvements ; chloral à haute dose ; courants continus (20 éléments de Gaiffe) descendant de la nuque au sacrum.

Le soir, à cinq heures, grande amélioration ; la contracture générale a cessé ; le patient, que l'électrisation fait souffrir, a pu se débarrasser des électrodes. Le trismus et la raideur de la nuque ont diminué, mais persistent encore.

Le 28 novembre (matin), le mieux continue ; 6 grammes de chloral ont été ingérés. On se demande si une rémission aussi prompte est due à l'électricité ou au chloral, et si d'ailleurs il s'agit d'un tétanos vrai ou d'accidents tétaniformes chez un hystérique. On continue le chloral, on suspend l'emploi des courants. Le soir même, accès très violent d'opisthotonos. Le malade, couché et raide comme une barre de fer, ne repose que sur l'occiput et les talons ; on reprend l'électrisation qui ramène le calme.

Le 29 novembre, état satisfaisant, journée bonne. Potion avec 5 centigrammes de morphine et 10 grammes de chloral.

Le 30 novembre, l'électrisation est suspendue, le trismus persiste encore, mais l'amélioration est sensible. Elle se continue les jours suivants, de sorte que le patient est hors de danger le 2 décembre.

M. Moreau ajoute à son récit quelques réflexions. Il insiste d'abord pour savoir s'il a eu affaire à une vraie attaque de tétanos ou seulement à des accidents tétaniformes chez un hystérique. Alors, en se livrant à une enquête rétrospective sur les antécédents morbides du patient, il constate d'abord l'absence des phénomènes caractéristiques de l'hystérie masculine ; puis apprend que le tétanos prétendu spontané pourrait bien avoir été traumatique, le malade ayant l'habitude de se piquer la peau avec un instrument destiné à la révulsion ; enfin il recueille un renseignement beaucoup plus curieux encore.

En effet, quatorze ans auparavant, M... compromis dans l'insurrection de Marseille et condamné à mort, avait eu sa peine commuée en celle de la transportation, mais le système nerveux avait été fort

troublé par ces incidents et en sortant du conseil de guerre il se heurta la tête et se fit une plaie au cuir chevelu. Peu après éclatèrent des accidents que les médecins militaires considérèrent comme un véritable tétanos et traitèrent avec l'opium et le chloral. La guérison eut lieu au bout de quelques jours. Depuis lors, M... a eu fréquemment des crises nerveuses avec agitations et vertiges, surtout après les émotions désagréables.

Malgré tout, M. Moreau reste dans le doute, et peut-être n'a-t-il pas tort. Toutefois, il n'est pas défendu de conclure en sens inverse, et d'admettre qu'il y a eu ici, à quatorze ans d'intervalle, deux attaques de tétanos vrai.

Pour la première, précédée de blessure, les médecins militaires n'ont pas hésité; ils ont porté le diagnostic, institué la thérapeutique en conséquence, et réussi avec l'opium et le chloral, qui aujourd'hui encore constituent nos deux meilleurs remèdes.

Dans la seconde attaque, à la vérité, la blessure préalable fait défaut, mais les symptômes semblent bien caractéristiques. Il n'y a guère, en effet, que le tétanos qui donne lieu à une contracture *aussi* violente, aussi généralisée et aussi prolongée, et à ces alternatives de rémission et de rechute, de convulsions toniques et cloniques. Enfin le succès du traitement paraît encore confirmer l'hypothèse.

L'objection principale se tirerait peut-être de la marche du mal. En effet, les accidents n'ont persisté qu'une semaine, et d'ordinaire la durée du tétanos traumatique est beaucoup plus longue. A quoi on peut répondre qu'il s'agissait ici d'un tétanos spontané, attaqué d'ailleurs très vite et très énergiquement par une médication en quelque sorte spécifique.

La brièveté et la bénignité relatives de la seconde attaque pourraient d'ailleurs s'expliquer si on admettait un accès amoindri, une forme atténuée par le fait même de l'infection antérieure. En somme, on pourrait établir de la manière suivante les phases de cette histoire pathologique : excitation nerveuse extrême; blessure intervenant; tétanos traumatique ; guérison. Quatorze ans plus tard, *tétanos* spontané, et comme chaînon intermédiaire, persistance entre les deux attaques d'un état névropathique particulier. La seconde attaque serait ainsi sous la dépendance de la première et en constituerait seulement le rappel, rendu possible par la persistance de la dyscrasie.

On trouvera peut-être qu'à propos d'un fait incertain j'accumule comme à plaisir les suppositions et les commentaires; je ne m'en cache nullement : j'estime que dans les sujets obscurs on peut sans trop de scrupules se servir de l'hypothèse. L'étiologie et la

pathogénie du tétanos sont mal connues, nous ignorons pourquoi et comment on devient tétanique; pourquoi le mal survient chez l'un après une blessure ouverte, chez l'autre après un trauma profond, chez un troisième après un refroidissement; nous ne savons pas davantage ce qu'il advient des tétaniques guéris. En présence de tant d'inconnues, il n'est pas défendu de questionner et de tourmenter un peu les faits[1].

A peine cette note était-elle publiée, que mon élève et ami le Dr L.-H. Petit, m'adressait la lettre suivante[2] :

Mon cher maître,

En attendant que les cliniciens répondent à l'invitation que vous leur avez adressée relativement à l'intéressante question de la récidive du tétanos, permettez-moi de vous communiquer un fait que vient de publier le *New-York Medical Record* du 8 mai dernier. Il a beaucoup d'analogie avec celui de notre excellent ami M. Louis Moreau, car le sujet était très nerveux, la récidive survint à l'occasion d'un trauma insignifiant, et la guérison eut lieu dans la seconde attaque comme dans la première. Voici le résumé de ce fait.

Un garçon de cinq ans, robuste, de bonne santé habituelle, mais d'un tempérament nerveux, se blessa la plante du pied avec un morceau de verre, en mai 1882; dix jours après, apparut le tétanos. La plaie ne présentait aucun symptôme inflammatoire, mais ne se cicatrisait pas. Le tétanos fut traité par l'alcool à haute dose (whiskey) et dura une quinzaine de jours. La santé redevint bonne.

Le 1er février 1883, l'enfant fut vacciné; le 22 février, l'auteur de la relation, M. Hobart Cheesman, de New-York, trouva au siège de la piqûre un ulcère d'un pouce de diamètre, profond, à bords taillés à pic et à surface inerte, durant depuis une semaine, avec douleurs dans le poignet, l'avant-bras, et crampes dans la main. État fiévreux, envies fréquentes d'uriner, incontinence nocturne; appétit normal, ainsi que les selles; insomnie depuis le 20; le 21, céphalgie,

1. Nous sommes mal placés en France et surtout à Paris, pour étudier les origines, les causes et la nature du tétanos, dont les chirurgiens les plus occupés observent à peine un cas tous les ans, et même plus rarement encore.
C'est dans les pays où la maladie est endémique, au Brésil par exemple, que l'on pourrait poursuivre fructueusement cette étude. Le corps médical si distingué de ce beau pays résoudra quand il voudra l'important problème.
2. Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, 27 août 1886, p. 571.

vomissements, délire, raideur dans la nuque et le dos, spasmes mâchoires, avec grimaces, puis contracture; douleur à l'estomac

Le 23, même symptômes, avec opisthotonos. Temp. 39°. Po rapide, surtout dans les paroxysmes, qui surviennent toutes les ou quinze minutes; raideur qui fait saillir les muscles sur les c du cou, dyspnée et dysphagie très grandes pour les liquides: v forte; rien au cœur ni aux poumons.

Traitement: calomel, lait, une cuillerée à bouche de whisl toutes les heures, et 5 centigrammes de quinine toutes les qua heures. Le lendemain, les symptômes s'étant aggravés, on don en outre une potion contenant du chloral, du bromure, et de l lixir parégorique. — L'après-midi il y eut de telles palpitations cœur, que la paroi thoracique en était violemment soulevée; Tem 39°,4. Une ou deux cuillerées de whiskey après chaque accès, et calme finit par se produire; le jeune malade en prit ainsi une pinte demie en trente-six heures. Contracture des membres supérieu Le 24, rash semblable à la scarlatine, qui ne dure quelques heur

Le 25, on remarque que le pouce et le petit doigt de *la main* gau che sont atteints de contracture constante; douleur vive aux temp et au sommet de la tête, deux sangsues en avant des oreilles; c douleurs durent plusieurs jours. Respiration Cheyne-Stokes. l 26 et le 27, signes de bronchite; le 27, œdème des jambes et d pieds pendant quatre heures; jusqu'au 28, la température reste a environs de 39°, et redevient ensuite normale. Le 6 mars, il resta encore une grande raideur et une vive sensibilité dans le cou et dos, mais elle diminua rapidement.

Pendant la convalescence, le malade était comme épuisé, et oblig de rester constamment couché; il était encore plus nerveux que j mais un an après.

L'auteur se demande s'il s'agit bien là d'une seconde attaque d tétanos; et s'il n'a pas eu affaire à une méningite. Mais après avoi discuté longuement le diagnostic, il se prononce pour le tétanos Quant à l'étiologie, il se contente de dire: « Il pourrait être intéres sant de rechercher si la première attaque de tétanos fut la cause pré disposante de la seconde, et, s'il en est ainsi, combien de temp après une attaque de tétanos il serait permis de vacciner le mal le Pour des raisons évidentes, de telles conditions ne se rencontrent pas souvent. »

DE L'ORIGINE ÉQUINE DU TÉTANOS [1]

Je me suis beaucoup occupé du tétanos et de son traitement, nais j'ai toujours déploré l'ignorance où nous sommes en ce qui ouche l'étiologie de cette redoutable maladie ; aussi ai-je fort insisté our que la question fût traitée au prochain Congrès français de hirurgie. Or, quels que soient les résultats du débat, il sera juste e tenir compte de l'importante communication que le docteur Larer a faite à la Société de chirurgie dans la séance du 28 octobre 885.

Peu partisan jadis de la théorie infectieuse du tétanos, bien qu'elle it patronnée par de grands chirurgiens comme Lister, Billroth, ose, etc., je tends de plus en plus à m'y rallier, surtout en présence es arguments et des faits semblables à ceux qui viennent d'être prouits.

Il y a plus, et la lecture du travail de M. Larger a fait germer ns mon cerveau une hypothèse que je n'ai vue formulée nulle part core, que je vais soumettre à mon honorable confrère et qui ne duirait à rien moins qu'à admettre l'*origine équine du tétanos l'homme.*

Qu'on ne se récrie pas avant d'avoir écouté la plaidoirie. L'idée puisée dans la première observation où M. Larger nous apprend e le tétanos humain n'avait jamais été, de mémoire d'homme, ervé dans la petite commune d'Achères, mais que le tétanos équin était pas très rare, car on en avait compté quatre cas dans ces ières années ; — que de ces quatre cas deux s'étaient développés M. P.... dont l'écurie n'était séparée de la maison d'habitation par une cour ; — que dans cette cour même, Mme P... étant tomsur le coude nu, et s'y étant fait une plaie, avait été quelque ps après prise d'un tétanos bien caractérisé qui avait néanmoins i en cinq semaines.

oilà le fait brut ; est-il permis d'en inférer que Mme P... a pris tanos de ses chevaux ?

[1] Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, 10 septembre 1886, p. 597.

Les arguments négatifs ne manquent pas. Le dernier cheval est atteint de tétanos en 1881, et c'est en 1884 seulement que Mme P... se blesse au coude. La blessure a lieu le 5 octobre 1884; elle se cicatrise assez vite et c'est le 15 février seulement que le tétanos se déclare, ce qui fait croire d'abord à un cas de tétanos spontané. Donc, pour accepter l'origine équine dans ce cas, il faut admettre d'abord que le virus tétanique du dernier cheval s'est répandu dans la cour voisine de l'écurie, et qu'il y a gardé sa puissance pendant quatre années, au bout desquelles, inoculé dans la plaie du coude, il y est resté latent pendant quatre mois et demi malgré la cicatrisation. Je conviens que voilà bien des improbabilités. Mais voici ce qu'on peut répondre.

Il n'est pas surprenant que le virus ait gardé son activité de 1881 à 1885, puisqu'il l'avait conservée une première fois de 1871, époque à laquelle le premier cheval de M. P... avait succombé, jusqu'en 1881, où le second cheval était tombé malade à son tour. Si l'écurie a été infectée pendant dix ans, le sol de la cour a bien pu garder les germes pendant quatre années. Le fait d'ailleurs paraît moins extraordinaire si on le rapproche de ce que Pasteur nous a appris sur l'imprégnation du sol par le virus charbonneux et des si curieuses expériences de Nicolaïer[1] sur la propriété tétanogène de la terre des rues et des champs.

Quant à la longue incubation du tétanos et à la latence prolongée du virus dans la plaie du coude, elles ne sont pas plus singulières que ces incubations illimitées du virus rabique, qui lui non plus n'empêche pas la cicatrisation des plaies où il a été déposé. Pour être en droit de faire de l'éclosion tardive du mal un argument négatif sérieux, il faudrait être fixé sur la durée normale de la latence prémorbide et sur ses variations, soit dans la forme dite chronique, soit dans la forme réputée spontanée; et à propos de cette dernière qui sait si elle ne résulte pas de l'insertion d'un virus atténué ?

Si les uns ne voyaient dans le tétanos de Mme P... et de ses chevaux qu'un simple effet du hasard, d'autres pourraient s'étonner que le seul cas de tétanos humain qu'on eût observé dans un petit village, se soit montré justement après les tétanos équins, et précisément dans une maison où la maladie semblait en quelque sorte endémique.

Mais, si l'on veut, abandonnons ce fait initiateur, mais discutable

1. A. Nicolaïer, *Ueber infectiöser Tetanos* (*Deutsche med. Wochensch*. 25 décembre 1884, p. 842).

cherchons d'autres arguments. Il y a bien peu de temps que j'ai mmencé mon enquête et cependant j'ai déjà recueilli des docu-nts favorables à mon hypothèse.

Causant ces jours derniers avec un jeune médecin distingué de la ovince, le docteur Raguet (de Châtellerault), j'appris de lui que le tanos est rare dans sa contrée, qu'on en voit à peine un ou deux s par an, qu'il se montre dans les mois de juillet et d'août, et qu'il t toujours traumatique. Notre confrère a connaissance de 5 cas : après un coup de bâton sur le nez; 2° après un écrasement du os orteil; 3° après une plaie d'arme à feu; les deux derniers faits artout sont fort intéressants; 4° l'un est survenu chez un équarris-eur de quarante-cinq à cinquante ans qui, en dépouillant un cheval, était fait sous l'ongle de l'index gauche une petite piqûre à laquelle n'apporta aucune attention. Dix jours après il y avait un peu de us sous l'ongle; c'est alors qu'apparut une raideur douloureuse ans la nuque, puis dans les mâchoires. Six jours après, mort par sphyxie; 5° le second cas a été observé en août 1884, chez un char-retier âgé de vingt-deux ans, mordu par son cheval au pouce de la main droite; l'ongle fut enlevé et les parties molles fortement con-usionnées. La plaie était en voie de guérison, lorsque le neuvième our survint le resserrement des mâchoires. Le lendemain, opistho-onos et contracture générale des membres. Mort à la fin du troisième our.

On remarquera que, sur les cinq cas, en voici deux où les rap-ports entre l'homme blessé et le cheval ont été immédiats; pour les autres, nous ne savons rien, mais la question n'a pas été posée et les rapports médiats comme ceux qui ont existé entre Mme P... et es chevaux ont pu passer inaperçus.

Un autre médecin de province, observateur instruit et sagace, e docteur Ricochon (de Champdeniers, Deux-Sèvres) m'a promis e faire une enquête dans sa localité. En attendant il m'a fait naître que les séries de tétanos à la suite de la castration du che-l sont admises par les vétérinaires du pays. Pour lui, il a observé n douze ans quatre cas de tétanos chez l'homme, dont un à la suite un écrasement du doigt chez un maréchal ferrant.

On se rappellera enfin que, dans la petite épidémie de Carrières-ès-Poissy, un des blessés était charretier.

Mais je n'entends pas dire que tout tétanique tiendra nécessaire-nt son mal du cheval par transmission directe ou par inoculation virus déposé sur le sol; il pourra certainement être contagionné r son semblable, comme le prouvent les petites épidémies déjà

connues, entre autres celle dont l'hôpital de Poissy a été le siég dont M. Larger s'est fait l'historien. Mais cela ne prouve rien con l'origine équine de la maladie, car personne ne contestera l'orig animale de la vaccine sous prétexte qu'elle se transmet de l'hom à l'homme.

Ce qu'il importera de chercher à l'avenir, c'est la genèse du té nos dans les cas sporadiques et dans ceux qui marqueront le déb des épidémies. C'est principalement en province, où le tétanos e d'ailleurs infiniment plus commun que dans les grandes villes, qu'à Paris spécialement, que ces recherches peuvent être institué avec le plus de chances de succès.

C'est pourquoi je fais un appel pressant à tous les médecins chirurgiens de la province et de la campagne, dans l'espoir qu'i pourront et voudront bien publier leurs observations. Une fois déj je me suis adressé à eux pour être renseigné sur l'érysipèle en pr vince; ils m'ont fourni des documents fort intéressants; pourqu seraient-ils moins heureux pour le tétanos?

Qu'on me permette d'invoquer encore, à l'appui de ma suppositio un autre ordre d'arguments, tiré de statistiques faites sans l moindre préoccupation de la question présente. A ma demande, u chirurgien d'armée, toujours disposé à servir la science, mon ami l docteur Régnier, a bien voulu consulter les statistiques de l'armé de terre pendant une période de neuf ans, 1873-1881.

Or, conformément à mes prévisions, les chiffres ont répondu de l manière suivante :

La mortalité par le tétanos dans l'infanterie a atteint par an et par effecti 100 000 hommes	[illegible]
Dans la cavalerie	[illegible]
Dans l'artillerie	[illegible]

Ce qui prouve que le tétanos est presque trois fois plus com dans la cavalerie que dans l'infanterie, et qu'il est 1/5 environ [illegible] commun chez les artilleurs que chez les fantassins.

D'autre part, deux chirurgiens de marine que j'ai interrogés n rappellent pas avoir vu un seul cas de tétanos développé à bord.

J'ajoute que les curieuses expériences de Nicolaïer sur la vi lence du sol parlent en ma faveur. Ayant essayé comparativeme terre des jardins et des forêts d'une part, et de l'autre la terre rues et des champs, il trouva que la seconde seule donnait aux maux une sorte de tétanos. Or, il est évident que la surface

champs et des rues est continuellement imprégnée des déjections de chevaux, directement ou par le fait de la fumure, tandis que les jardins et surtout les forêts ne reçoivent qu'exceptionnellement les mêmes déjections.

Je m'arrête. Mais je dois cependant ajouter que, théoriquement, mon hypothèse n'a rien de contraire aux notions générales que nous possédons sur les maladies infectieuses et parasitaires. Nous savons déjà qu'un grand nombre de celles qui frappent l'homme lui viennent des animaux, telles la rage, la morve, le charbon, la vaccine, vraisemblablement la diphthérie et peut-être la scarlatine. Une unité de plus ne déparerait pas le tableau.

Nous savons encore que lorsqu'une maladie virulente atteint deux ou plusieurs espèces animales, elle affecte une prédilection marquée pour l'une d'elles, qui fournit presque exclusivement aux autres les germes infectieux. Si, par exemple, des animaux autres que le chien et le bœuf sont susceptibles de contracter la rage et le charbon, c'est cependant, dans la grande majorité des cas, du chien et du bœuf qu'ils reçoivent médiatement ou immédiatement le virus. Si donc l'homme et le cheval sont également sujets au tétanos, rien n'empêche d'admettre que le premier le tient du second, car rien du moins n'autorise à penser que la contagion s'effectue en sens inverse.

On entrevoit aisément les recherches à faire pour éclairer la question, et on comprend de quelle importance théorique et pratique en serait la solution. Mais il convient de dire que la méthode expérimentale (qui d'ailleurs n'a pas appris grand'chose sur les causes et la pathogénie du tétanos en général) n'ayant pas à décider si ce tétanos équin est oui ou non transmissible à l'homme, c'est à l'observation clinique qu'incombe la tâche — peine et honneur — de résoudre le problème.

Les médecins et les vétérinaires devront une fois de plus, et comme ils l'ont déjà fait utilement pour la morve, la rage, le vaccin, prêter un mutuel appui.

APPENDICE

A la suite de la publication de cette note, j'ai reçu la commun tion de nouveaux faits que je reproduis ici, en adressant tous r remerciements à leurs auteurs[1].

« En 1882, j'eus l'occasion de donner des soins à un cultivat d'Ardes-sur-Couze (Puy-de-Dôme), qui, à la suite d'un accident voiture et d'une plaie insignifiante du genou déterminée par la ch sur une route départementale *très fréquentée par les chevaux*, bientôt atteint de tétanos suivi de mort, malgré les soins les p scientifiques. Je noterai, en passant, que la petite plaie était, moment où je la vis, *souillée de poussière* et de petits gravie mais fut soigneusement lavée et désinfectée, quelques heures tou fois après l'accident, et que le tétanos fit sa terrible apparition al que la cicatrisation était à peu près complète.

» Or un vétérinaire de Saint-Germain-Lembron (à 12 kilomètr d'Ardes), bon observateur, mort depuis, M. Lamy, avec lequel causais un jour de ce fait, m'affirma que souvent, dans le ressort sa clientèle, des chevaux mouraient du tétanos, qu'à l'époque pré sément où s'était produit mon *cas humain*, des *cas chevalins* étaie fréquents, et que ce n'était pas la première fois, du reste, qu lui était donné de constater cette coïncidence morbide qui l'av souvent frappé[2].

» Dr GABRIEL ROUX (de Lyon). »

M. le docteur Legras (de Dompaire, Vosges) m'écrit ce qui sui

« Le tétanos équin, que les vétérinaires vosgiens appelle *mal de cerf*, n'est point rare dans la contrée où j'exerce. Il se te mine quelquefois par guérison. Resterait à établir la relation ent le tétanos équin et les victimes humaines que pourrait faire contagion s'il y a lieu. »

Quoique les observations de notre honorable confrère ne soie point probantes à cet égard, il n'est point sans intérêt de les publie ne fût-ce que pour appeler sur ce fait étiologique l'attention d chirurgiens[3].

1. L'enquête, à ses débuts au moment où on imprimait ces pages, s'est co tinuée et dure encore. On en trouvera les résultats à la fin du présent volum
2. Extrait de la *Revue scientifique*, 25 septembre 1886, p. 415.
3. *Gaz. hebd.*, 24 septembre 1886, p. 638.

Premier cas. — Un garçon de seize à dix-sept ans, étant à la charrue avec son père, se planta, à travers le cuir du soulier, une forte épine au niveau de la malléole interne. L'épine fut extraite séance tenante et le travail du jeune homme ne fut point interrompu.

Six semaines après l'accident, le père vint me raconter que son fils était au lit, *raide comme un bâton*, et mourant de faim et de soif parce qu'il ne pouvait avaler.

Je soupçonnai un cas de tétanos et me transportai près du malade. J'eus beaucoup de peine à reconnaître le traumatisme qui avait été le point de départ des accidents, le jeune homme et son père n'ayant attaché aucune importance à la piqûre de l'épine.

Malgré la morphine et le chloral à haute dose, qui amendèrent d'abord les accidents, le malade succomba. Il est à remarquer que dans le village habité par le malade, on vide les écuries nu-pieds ou en sabots, mais sans aucune espèce de chaussettes.

J'ignore s'il y avait eu dans l'écurie en question des cas de tétanos équin.

Deuxième cas. — M. Jacques, marchand de chevaux, âgé d'envi-on soixante ans, tempérament robuste, tomba de son grenier à in sur le sol de sa grange, et se fit une fracture comminutive de partie inférieure du radius, compliquée de plaie. Application d'un pareil ouaté amidonné. Au bout de trois jours, développement un phlegmon dans le foyer de la fracture. Assisté de M. le docteur ry, médecin principal de l'armée à Épinal, nous débridâmes le yer et un drain fut placé. Cette petite opération faite, le malade en rant se plaignit d'une légère difficulté de la déglutition. C'était le but du trismus. Trois jours après il succomba au tétanos.

Il passait chaque année dans l'écurie du sieur Jacques au moins atre ou cinq cents chevaux de provenances diverses, et toutes les ctions de l'espèce chevaline (sauf la morve) s'y étaient certaine-nt donné rendez-vous. Le patient vivait dans la plus intime coha-ation avec les animaux dont il commerçait.

« Étant étudiant, ajoute M. Legras, j'ai vu mourir à l'hôpital de acy une femme qui avait contracté le tétanos, en brouettant du lier sur une planche dont un clou dépassait d'un ou deux cen-ètres, et lui avait fait une piqûre à la plante du pied. »

Note de M. le Dr Romain, médecin en chef à Téniet el Haad (Algérie).

Premier fait. — En 1883, un dragon du 15e régiment, en garnison à Libourne, se présente à ma visite pour une plaie de la plante du pied. La nuit précédente, étant garde d'écurie, et courant pieds nus dans la cour du quartier après un cheval qui venait de s'échapper, il s'était heurté à un caillou et fait une plaie de 0m,05 de long sur 0m,005 de large.

Ne pouvant ni se chausser, ni faire son service, le blessé entra à l'infirmerie, où on lui fit un pansement. Cinq ou six jours plus tard, au moment où la plaie commençait à se cicatriser, survinrent des accidents tétaniques caractérisés par du trismus et du pleurostothonos du côté blessé. Malgré le chloral et la morphine à hautes doses, la mort survint en quarante-huit heures.

Deuxième fait. — A peu près à la même époque, dans le service civil de l'hôpital de Libourne, était reçu un jeune homme atteint du tétanos à la suite de plaies de l'avant-bras et de la main, par morsure de cheval.

Soumis rigoureusement au traitement par le chloral, ce blessé guérit dans l'espace de trois semaines environ.

M. Romain termine sa lettre en disant que le tétanos est rare dans la région de Libourne, qu'il n'en a observé que trois cas, dont les deux précédents chez des sujets en rapport immédiat avec le cheval[1].

1. *Gaz. hebd.*, 1er octobre 1886, p. 65.

SYPHILIS

Je réunis ici tout ce que j'ai écrit personnellement ou inspiré à mes élèves sur la syphilis, au lieu de me contenter, comme je l'ai fait pour d'autres maladies constitutionnelles, d'étudier ses rapports avec le traumatisme. Cependant on trouvera ce rapport amplement mis en lumière dans la thèse de M. L.-H. Petit et dans quelques observations tirées de ma pratique et recueillies par moi ou quelques-uns de mes internes, MM. Ozenne, Malécot, etc.

La syphilis a été si bien observée en France, où elle est certainement mieux connue qu'en tout autre pays, qu'il n'y a plus de découvertes importantes à y faire; j'ai pourtant été assez heureux pour décrire quelques manifestations à peines indiquées jusqu'alors : telles le *syphilome mammaire*, l'*adénopathie rétro-pharyngienne*, le *syphilome ano-rectal*, les *hygromas secondaires des bourses séreuses* et les *gommes* de ces mêmes organes, etc.; j'ai également fourni des renseignements assez complets sur l'*adénopathie tertiaire* et sur ce que j'appelle l'*ulcus elevatum tertiaire*.

Enfin deux de mes meilleurs élèves, MM. Ramonat et Ozenne, ont décrit dans des thèses importantes deux des formes principales de l'hybridité morbide, c'est-à-dire la combinaison de la syphilis avec la scrofule et avec le cancer, sujet que je n'avais pu qu'esquisser en 1881 au Congrès médical international de Londres.

A. V. (1886).

En 1867, eut lieu à la Société de chirurgie[1] une discussion s cette question, à propos d'un rapport de Dolbeau sur un travail M. de Saint-Germain. J'y pris part et prononçai le discours suiva

« La communication de M. Dolbeau date déjà de quelques semain aussi l'auteur a-t-il cru nécessaire de la résumer aujourd'hui quelques propositions sur lesquelles il désire faire porter le déba Quoique le fond des idées reste le même, je crois remarquer de différences appréciables entre l'énoncé primitif et celui d'aujou d'hui. Ne prévoyant pas cette seconde allocution, j'avais rédig d'avance la note que je vais avoir l'honneur de lire; mes remarqu et ma critique s'adressent donc au texte initial. C'est là qu'on retrou vera les passages que j'emprunte et que j'utilise pour les contre dire. Cet avertissement donné, j'entre en matière.

Le rapport de M. Dolbeau se compose de deux parties : dans l première, consacrée à l'anatomie pathologique, notre collègue rap pelle les formes primitives de l'ulcère infectant; dans la seconde, i aborde le problème difficile de la thérapeutique de la vérole.

Il est aujourd'hui définitivement acquis à la science que l'acciden primitif de la syphilis se présente au moins sous trois formes princi pales :

L'*érosion chancreuse à base indurée ;*

L'*érosion chancreuse à base molle;*

Le *chancre huntérien.*

La première et la troisième variété sont les plus communes, et de beaucoup, mais la seconde n'est pas extrêmement rare; d'un dia-gnostic embarrassant, elle renverse, non pas la doctrine de la dua-lité chancreuse qui reste et restera vraie, mais la division dichoto-mique des chancres en *mous* et *indurés*, division trop exclusive; trop absolue, commode sans doute au lit du malade, mais capable d'engendrer des erreurs graves dans la théorie et dans la pratique.

M. de Saint-Germain et son rapporteur ont vu cette variété, et in-sistent sur ses caractères ; ils l'ont rencontrée dans les deux sexes,

1. *Bull. de la Soc. de chir.*, séance du 8 mai 1867, p. 184.

aux petites lèvres, à la fourchette, au pénis, au pli péno-scrotal. Jusqu'ici point de contradiction, car tout le monde a observé des ulcérations à base molle suivies d'accidents secondaires, et plusieurs auteurs, M. Diday entre autres, ont déjà décrit soigneusement les aspects si variés de l'accident qui marque le début de la syphilis.

Il est un point toutefois sur lequel je demanderai quelques éclaircissements : M. Dolbeau nous dit avoir rencontré ces ulcérations infectantes molles sur les côtés du nez, au pavillon de l'oreille, à la lèvre inférieure. Or, ces faits méritaient mieux qu'une mention sommaire, car ils seraient de nature à infirmer cette règle, que l'*accident infectant céphalique est toujours induré.*

J'invite donc notre collègue à nous donner plus de détails : à nous dire par exemple si ces chancres céphaliques exceptionnels étaient accompagnés de l'induration spécifique des ganglions, s'ils furent et quand ils furent suivis d'accidents secondaires, etc. Pour ma part, je n'ai rien observé de semblable et je me demande s'il n'y a pas eu quelque méprise, consistant par exemple à prendre pour l'accident primitif un accident secondaire précoce; erreur que j'ai vu commettre, entre autres cas, à la lèvre inférieure et à la vulve.

Mais passons sur ce point, et abordons la deuxième partie du rapport, relative au traitement de la syphilis.

M. Dolbeau s'y montre tantôt indécis, car il nous pose des questions, tantôt singulièrement affirmatif, car il tranche résolument des difficultés pendantes depuis des siècles.

Il importe avant tout de bien poser les questions.

Supposons tranchées les difficultés du diagnostic; l'accident primitif est reconnu infectant, l'apparition des manifestations secondaires est imminente et assurée, en un mot, le malade est dûment atteint et convaincu d'avoir la vérole. Que faut-il faire présentement et dans la suite?

Faut-il commencer le traitement *hic et nunc;*

Le différer jusqu'à l'éruption des accidents secondaires;

Laisser passer ces accidents et attendre les manifestations tertiaires;

Ne rien faire du tout ni jamais, et confier à la nature seule l'élimination du poison;

En d'autres termes, faut-il adopter l'action immédiate, l'expectation modérée, l'expectation à outrance ou l'inaction absolue, véritable abdication de l'art?

Puis, question collatérale, si l'on opte pour l'action, quel agent choisir? Prescrira-t-on le mercure, l'iodure de potassium, ou le

bichromate de potasse, ou tout autre produit pharmaceutique plus ou moins empiriquement recommandé?

Le débat s'engage d'abord entre les partisans de l'action immédiate qui veulent, aussitôt le diagnostic posé, commencer le traitement spécifique, et les partisans de l'expectation initiale, qui diffèrent ce traitement en se fondant sur les motifs suivants :

Il y a, disent-ils, des véroles faibles, des véroles moyennes et des véroles fortes. Les faibles guérissent seules; quelques manifestations secondaires apparaissent, fugaces et bénignes, elles disparaissent spontanément pour ne plus revenir, et tout finit ainsi. A coup sûr, le traitement spécifique semble ici tout à fait superflu.

Mais il y a aussi des véroles fortes; pour celles-là, l'expectation pourrait paraître intempestive; cependant on la préconise encore pour les raisons suivantes: En présence d'un accident primitif, on ignore absolument si la vérole sera faible, moyenne ou forte; l'aspect extérieur du chancre, en effet, n'indique pas l'évolution ultérieure de la maladie; une ulcération, fort bénigne en apparence, peut être l'origine d'une vérole très intense, très tenace, très rebelle à la thérapeutique et réciproquement; l'incertitude est si grande qu'un même accident initial, l'érosion chancreuse, est considérée par les uns comme l'indice d'une syphilis faible, par les autres, comme l'annonce d'une syphilis assez intense. Il y a incontestablement intérêt à connaître le pronostic; mais comme on ne peut le poser d'avance, le mieux est de ne point contrarier l'évolution naturelle du mal et de se contenter d'en observer la marche; donc, il faut attendre. Si la vérole reste faible, on n'aura rien à faire; si elle devient grave, on interviendra. Voilà ce que j'appelle l'expectation modérée, telle que la pratiquent plusieurs syphilographes éminents, Cullerier, Bazin, Diday et d'autres; je reconnais qu'elle est soutenable et ne heurte pas le bon sens. L'action immédiate et l'expectation raisonnable comptent des défenseurs convaincus et distingués; à qui donc donner raison?

Les uns, agissant toujours comme s'ils avaient affaire à un cas grave, instituent le traitement dès que la maladie est reconnue, dans l'espoir de la guérir vite si elle est faible et d'atténuer ses [illegible]ts si elle est forte. On dira qu'ils combattent un ennemi caché, [illegible]tre même un ennemi absent, c'est possible, mais au moins ils [illegible]ent, et c'est quelque chose.

[illegible]tres se comportent autrement : plus curieux qu'actifs, plus [illegible]es que médecins, ils tiennent absolument à savoir quel[illegible]tensité possède le poison, quels ravages il est capable de

faire, quels efforts curatifs pourra lui opposer la nature livrée à ses propres forces. Ils attendent donc avec patience, observent et méditent pendant que le virus s'installe dans l'économie et détériore à son aise nos tissus. Si les dégâts sont minimes et passagers, ils s'applaudissent et célèbrent les bienfaits de l'expectation. Si les désordres sont plus étendus et plus profonds, ils s'applaudissent encore, car ils savent au moins à quelle forme ils ont affaire, quelles difficultés ils auront à vaincre et combien la nature est impuissante.

Je ne reprocherais pas à M. Dolbeau d'avoir adopté ces errements, s'il ne les avait singulièrement exagérés ; en effet, les auteurs que j'ai cités plus haut n'attendent pas indéfiniment ; si la vérole est forte, ils s'empressent d'agir, et tâchent de rattraper le temps perdu ; ainsi fait entre autres M. Diday, l'un des soutiens convaincus de l'expectation raisonnable. M. Dolbeau, au contraire, ne paraît pas s'émouvoir encore, et ne croit pas venu le moment d'instituer le traitement général ; sans doute il observe toujours. Non seulement il garde le silence sur les moyens internes propres à combattre les véroles moyennes et fortes, mais il les rejette implicitement, comme l'attestent les paroles suivantes : *Pourquoi ne pas se contenter des topiques contre les manifestations primitives et secondaires?* Notre collègue est donc partisan de l'expectation outrée.

Dans quelques cas, à la vérité, il a essayé le bichromate de potasse. Quels motifs l'y ont engagé? Je l'ignore. Peut-être est-ce dans le but de satisfaire la juste impatience des malades, plus soucieux d'être traités et soulagés, que d'apprendre à leurs dépens quelle forme de vérole le hasard leur a distribuée.

Pour ma part, je ne saurais comprendre, approuver, ni adopter cette abdication. Eh quoi ! vous aurez sous les yeux un chancre sans tendance à la réparation après plusieurs semaines, une périostite précoce, une paralysie du facial hâtive, comme j'en ai observé deux cas, des plaques muqueuses confluentes et stationnaires, une angine chronique à exacerbations fréquentes, une fissure anale incommode, une iritis, un onyxis, des douleurs arthralgiques intenses, une céphalée persistante, une alopécie caractéristique dont tout le monde soupçonne la source, des syphilides profondes écrivant sur le visage le diagnostic de la vérole, et vous ne ferez rien encore, et vous vous contenterez de prescrire les simples topiques, et vous prierez le patient de supporter tout cela pendant un temps indéterminé, jusqu'à ce que cette exhibition s'évanouisse ou fasse place à ces heureux symptômes tertiaires, dignes enfin d'être traités par l'iodure de potassium !

Et pourquoi cette insouciance ? Ce n'est plus dans l'intérêt du diagnostic, la vérole forte étant évidente. Ce n'est pas davantage par simple curiosité. Vous ne pouvez être guidé que par la conviction profonde de votre impuissance thérapeutique ou par une répugnance exagérée à l'endroit d'un traitement qui pourtant a fait ses preuves, et que nous examinerons dans un instant.

Pour moi, qui ne sais jamais d'avance si une vérole sera *faible*, moyenne ou forte, passagère ou tenace, je commence le traitement général le plus tôt possible, et je m'efforce de prévenir la syphilis tertiaire qui vous laisse dans une si grande quiétude. Je ne suis pas sûr d'atteindre ce dernier but, car les accidents tertiaires sont heureusement assez rares, et l'on ne peut savoir s'ils se montreront ou feront défaut; mais, sans en avoir la preuve péremptoire, je crois à l'efficacité préventive du traitement mercuriel dans ce cas.

M. Dolbeau n'est pas du même avis, car, nous dit-il, *les individus traités par le mercure ne guérissent pas absolument de la vérole, ils ont des récidives fréquentes, et arrivent comme les autres à la période des gommes et des exostoses.*

Entendons-nous bien : que certains malades, traités antérieurement par le mercure, puissent présenter plus tard des gommes et des exostoses, c'est chose incontestable, mais qu'ils en soient atteints *comme les autres*, c'est-à-dire aussi souvent que les autres, c'est ce que je ne crois pas.

Depuis plusieurs années, j'ai interrogé très minutieusement les sujets atteints de syphilis tertiaire, et dans la grande majorité des cas j'ai constaté que la maladie à son début avait été dissimulée ou méconnue, qu'elle n'avait point été traitée par le mercure ou que le traitement hydrargyrique avait été insuffisant, interrompu, trop court, mal fait pour tout dire.

La pratique de la ville, que M. Dolbeau a tort de mettre en suspicion, car les praticiens instruits et consciencieux observent aussi bien sur ce terrain qu'à l'hôpital; la pratique de la ville, dis-je, fournit sur ce point des renseignements fort instructifs et non point seulement « des histoires plus ou moins problématiques »; elle démontre que chez les malades attentifs et soumis, ayant suivi un traitement secondaire suffisamment prolongé et bien conduit, les accidents tertiaires sont extrêmement rares.

Si je ne puis fournir ici les éléments d'une statistique d'ailleurs presque impossible à dresser, je n'en conserve pas moins cette conviction profonde que *le traitement mercuriel complet est le meilleur préventif de la syphilis tertiaire.*

Quel but se propose M. Dolbeau en laissant le champ libre à la syphilis secondaire ? Voici ce que j'ai pu comprendre : la vérole est due à un poison que l'économie tend toujours à éliminer ; l'élimination a lieu tantôt de bonne heure et tantôt tardivement ; si elle ne se fait pas pendant la période secondaire, les accidents tertiaires surviennent. Or, autant on était impuissant contre les premiers, autant on est armé contre les derniers, car on possède contre eux un agent merveilleux, héroïque, l'iodure de potassium. Il ne faut donc point s'épuiser en tentatives vaines ni disséminer ses efforts ; si l'ennemi ne décampe pas de lui-même, on attend qu'il soit concentré, alors on l'attaque et on l'anéantit. Cette occasion favorable, on pourra l'attendre, il est vrai, 3, 6, 10 années même, mais en tout il faut considérer la fin, et tout vient à point à qui sait attendre ; et voilà pourquoi il faut se contenter de traiter par les seuls topiques les manifestations primitives et secondaires. Comparaison n'est pas raison, mais que diriez-vous d'un chirurgien qui laisserait marcher un panaris sous prétexte qu'on en a vu guérir spontanément et qu'on a toujours le temps d'y remédier par l'amputation du bras ?

La singulière doctrine que je combats conduit, en fin de compte, sinon à désirer, au moins à ne pas redouter l'apparition des accidents tertiaires, puisque d'après elle on serait alors sûr de la guérison. Or, je crois qu'il y a là une erreur capitale contre laquelle on ne saurait trop protester. Je crois que les accidents tertiaires sont souvent très graves, qu'ils annoncent une intoxication profonde et invétérée ; que l'iodure de potassium les modifie très souvent, il est vrai, mais non toujours ; qu'il est parfois tout à fait impuissant et inapte à prévenir les récidives ; qu'alors même qu'il agit, il ne fait pas toujours disparaître les ravages de la vérole.

Permettez-moi d'entrer ici dans quelques développements. Certains accidents tertiaires, j'en conviens, sont bénins et cèdent vite à l'action de l'iodure de potassium ; telles sont les gommes sous-cutanées et les exostoses superficielles ; mais en peut-on dire autant de la syphilis viscérale hépatique et pulmonaire, des périostoses, ostéites, exostoses, nécroses de la base du crâne ou du canal rachidien, des perforations de la voûte palatine et des os du nez, des tumeurs blanches, des lésions de la trachée, du voile du palais, du rectum, de l'œil, de l'oreille, du testicule vénérien lui-même.

Contre ces lésions de la syphilis tertiaire on donne l'iodure de potassium, et on arrête les progrès du mal, je l'accorde. Mais que guérit-on ? l'ulcération, le néoplasme spécifique, la gomme, et voilà tout. Si on intervient alors que le processus est déjà ancien ou qu'il

marche très rapidement, ce qui n'est pas rare, fait-on disparaître les ravages qu'il a causés? Certes non. On voit persister les rétrécissements, les perforations, les atrophies, les paralysies, les amauroses, les surdités, les ankyloses, les cicatrices vicieuses, toutes lésions désormais accomplies, définitives, incurables ou nécessitant des opérations anaplastiques à succès incertain, et l'on vient dire que *l'expectation ne porte aucun préjudice aux malades!*

M. Dolbeau a dans l'efficacité de l'iodure de potassium une confiance infinie, comme l'attestent les passages suivants de son rapport:

Je veux parler de ces accidents tertiaires que nous guérissons si facilement avec l'iodure de potassium. Plus loin: *Beaucoup de sujets se montrent avec des accidents tertiaires, et l'iodure de potassium les guérit toujours, et parfois même avec une rapidité merveilleuse.* Plus loin encore : *On gagnerait ainsi la période ultime qui cède si manifestement à l'iodure de potassium.*

Or, je ne puis accepter ces assertions si absolues et je fais mes réserves. L'iodure de potassium, dans un certain nombre de cas, ne réussit point du tout; tous les auteurs s'accordent à le dire, et citent des faits qui ont nécessité l'administration préalable de ce mercure tant décrié. Après un retour temporaire aux préparations hydrargyriques, mais seulement alors, l'iodure reprend son empire.

Quelquefois l'iodure de potassium ne peut être toléré, soit à cause des doses considérables qu'il en faut donner, soit à cause du mauvais état des voies digestives, ou d'un état cachectique, soit enfin en raison d'une idiosyncrasie particulière. Tous, vous avez vu des malades mis dans un état lamentable par quelques grammes de ce médicament; les essais les plus habilement conduits ne parviennent pas à établir la tolérance, il faut y renoncer absolument. On a parlé des inconvénients du mercure, que certains sujets ne peuvent supporter; il faut reconnaître les mêmes inconvénients à l'iodure de potassium. J'en ai sous les yeux, en ce moment même, un exemple très frappant; j'ai cru remarquer que les herpétiques étaient surtout très incommodés par ce spécifique.

Cependant, il ne faut rien exagérer; aussi je concède volontiers que cet excellent médicament est d'ordinaire très bien toléré; cela veut-il dire qu'il donne toujours des guérisons durables et radicales? Il n'en est rien par malheur. J'ai déjà quelques années de pratique dans les hôpitaux, et voici ce qu'elles m'ont appris: un malade se présente avec des gommes sous-cutanées ou des exostoses superficielles; il est vierge de tout traitement, on administre l'iodure de potassium, qui fait merveille; tout disparaît en quelques

emaines et le patient quitte l'hôpital ; il y revient plus tard avec des ccidents semblables, le traitement agit déjà moins vite; plus tard ncore il revient avec des gommes profondes de la langue, du voile lu palais, du rectum, etc., avec des manifestations du côté de l'axe ncéphalo-rachidien ou des viscères ; on peut encore réussir, mais arfois avec beaucoup de peine. Si le sujet est maigre, pâle, dys-eptique, anémique, on échoue très souvent. Au bout de quelques nois, la mort arrive dans le marasme.

Il n'y a pas d'année où je ne voie périr ainsi des syphilitiques yant pris à diverses époques des quantités énormes d'iodure de otassium administrées par les plus habiles de nos collègues ; je ne crois pas nécessaire de rapporter des observations de ce genre, chacun de vous a pu et dû rencontrer des exemples de cachexie yphilitique que l'iodure de potassium n'a su ni prévenir ni guérir.

Quelque chose m'étonne, c'est que M. Dolbeau n'ait pas été plus radical et n'ait pas poussé la logique jusqu'à ses dernières limites. Si les gommes cutanées et sous-cutanées sont susceptibles de guérir ou du moins de disparaître spontanément sous l'influence des seuls opiques, la nature est donc assez puissante ; dès lors pourquoi faire son ouvrage, et l'aider quand elle peut se passer de secours ? On arri-verait ainsi à l'inaction complète, triomphe du naturisme.

Il y a deux ans, un malade se présenta à l'hôpital du Midi : les vant-bras et les jambes étaient criblés de gommes cutanées, les nes ulcérées, les autres à l'état de nodosités dermiques ; pour ssayer l'action des topiques, de l'hygiène et du repos, abstraction ite du traitement interne, je fis sur chacune des régions affectées ne application différente : ici, les bandelettes de Vigo, là les bande-lettes de diachylon simple, sur un avant-bras les cataplasmes émol-ients, sur l'autre, les badigeonnages à la teinture d'iode ; conjointe-ment, les bains, quelques purgatifs salins et le régime alimentaire éparateur. Au bout d'un mois, les nodosités avaient disparu et les lcérations étaient cicatrisées ; la guérison avait marché du même s à peu près sur les quatre points. Ce n'était pas la première fois e je constatais l'action très favorable des cataplasmes, du repos et la position élevée, sur les gommes des membres inférieurs, mais lle expérience ne fut plus concluante, puisque je n'avais pas admi-stré la moindre parcelle iodurée. Si j'étais partisan de l'expectation al même, ne pourrais-je pas dire à mon tour qu'il suffit de traiter s accidents tertiaires par les cataplasmes ?

Mes conclusions ne sont pas telles. Je ne méconnais pas la possi-lité de la disparition spontanée de la syphilis et de ses manifesta-

tions secondaires et même tertiaires; j'accepte que les agents thérapeutique commune favorisent en certains cas cette élimin naturelle du virus, et néanmoins je persiste à traiter la maladie sitôt que possible, à la suivre pas à pas dans son évolution et opposer avec persévérance les médicaments réputés spécifiq conjointement, bien entendu, avec les applications locales « régime approprié. En agissant de la sorte, je me conforme sim ment aux règles générales de la thérapeutique, qui comman d'attaquer le mal aussi près que possible de son début; aussi, re sant la proposition de M. Dolbeau, je dis : l'*expectation ne pa avoir aucun avantage pour les malades.*

La syphilis résume le double caractère des empoisonnement des maladies constitutionnelles. Or, quels sont les principes ado dans le traitement de ces deux grandes classes morbides? Attend dans les empoisonnements saturnin, phosphoré, paludéen? Dan scrofule, néglige-t-on les gourmes, l'impétigo, le coryza chroniq les adénopathies superficielles, jusqu'au moment où surviennent ostéites, les arthrites, les scrofulides graves, les lésions viscérale Pour le rhumatisme, n'agit-on qu'en cas de lésion des orifices ca diaques, d'altérations graves des articulations, des reins, etc.? syphilis est-elle donc une maladie si innocente qu'on puisse imp nément la laisser marcher; est-elle une maladie si spéciale, si dénu d'analogie avec toutes les autres diathèses, qu'on viole pour elle sans dommage l'un des axiomes les mieux établis de la thérapeutiq *Principiis obsta?*

Pour justifier cette bizarre exception, ce dédain des traditio médicales, on allègue que la syphilis a diminué de gravité dep son apparition jusqu'à nos jours, qu'elle peut guérir spontané que les moyens employés n'empêchent pas les récidives, que le tr ment mercuriel a de graves inconvénients.

Sans contredit, la vérole est moins grave aujourd'hui qu xvie siècle. A coup sûr elle peut guérir d'elle-même et radicalem néanmoins elle est encore l'effroi des malades, qui n'ont pas to fait tort de la redouter, et sa guérison n'est pas tant à mépriser. donc on trouvait un spécifique sûr et innocent, personne n'en re serait les bienfaits, et peu de médecins adopteraient l'expectati

En supposant que nous n'ayons encore rien de meilleur qu mercure, cet agent est-il aussi impuissant et aussi dangereux q veut bien le dire? Examinons donc sommairement le procès qui est intenté.

M. Dolbeau, qui reproduit des arguments déjà cent fois articul

lui reproche de ne point empêcher le développement des accidents consécutifs, mais seulement de les modifier et de les retarder, de troubler, de pervertir l'évolution naturelle de la diathèse, de ne point prévenir les syphilides graves, précoces, d'être même nuisible dans les syphilides graves, et tout cela sans compter les méfaits inhérents à la médication hydrargyrique elle-même : chloro-anémie, défibrination du sang, stomatite, etc. Notre collègue a vu à Lourcine des malades traitées par ses prédécesseurs et qui présentaient des récidives, mais si nous lui montrions des malades guéries, il nous dirait peut-être que, sans le mercure, la guérison spontanée eût été obtenue également.

Que valent donc ces reproches, dont les antimercurialistes nous poursuivent depuis si longtemps ? Le mercure, il est vrai, n'empêche pas absolument le développement des accidents secondaires ; ceux-ci se montrent à peu près toujours. Sont-ils moins graves ? Je le crois. On dit le contraire, mais de part et d'autre la démonstration est presque impossible à donner.

On nous accorde que le mercure retarde et modifie les accidents susdits. Le retard ne me paraît pas suffisamment démontré ; j'ai vu la roséole, la céphalée, l'arthralgie, etc., paraître dans le courant du troisième mois chez les malades soumis au traitement immédiat. La prétendue apparition tardive de ces accidents passagers et su-perficiels pourrait bien souvent n'être qu'une de ces récidives si communes dans la première année.

Si le mercure modifie la syphilis, c'est déjà quelque chose. Dans beaucoup de maladies, nous sommes fort heureux de modifier les processus pathologiques, car il est bien rare que nous ayons le pouvoir de les supprimer instantanément. L'action modificatrice admise, reste à savoir si elle est favorable ou non. Le mercure rend-il la syphilis plus grave, l'empêche-t-il de guérir spontanément, si elle y est disposée ? Fait-il naître des accidents qui, sans lui, auraient fait défaut ? Voilà ce qu'à notre tour nous sommes en droit de demander. On parle de la chloro-anémie, de la défibrination du sang ; mais la syphilis elle-même ne produit-elle pas d'ordinaire ces états pathologiques, et faut-il répéter pour la centième fois que des malades pâles et défaits reprennent des couleurs et des forces par le seul fait de l'ingestion du mercure, qui modifie si vite et si bien la syphilis secondaire ? C'est là ce qu'on observe tous les jours à Lourcine et ailleurs.

On invoque éternellement la salivation ; mais, en vérité, c'est un fantôme. M. Alph. Guérin nous disait qu'elle était fort rare ; je suis

entièrement de son avis, et je ne me rappelle pas l'avoir vue na et acquérir une gravité quelconque depuis que j'exerce, ni dans cinq années que j'ai passées dans les hôpitaux de Lourcine et Midi. Accuser le mercure de produire la chute des dents et cheveux, c'est faire un anachronisme ou emprunter les fins de n recevoir du vulgaire.

Je ne conteste point que le mercure mal administré puisse duire des accidents, mais quel médicament actif est à l'abri de reproche? Le sulfate de quinine, l'opium, l'iode, le tartre stibié, purgatifs en sont là. Les proscrit-on pour cela, et répudie-t leur utile concours? Nullement. Il n'y a point de médicame d'une certaine énergie qui ne puisse devenir nuisible à un mom donné, et dont l'administration n'exige une certaine surveillan Quelques sujets tolèrent mal le mercure, mais une foule de chlor tiques ne supportent ni le fer, ni le quinquina; alors on tâtonne. essaye diverses préparations, on associe au remède principal d'aut remèdes qui le corrigent et le font assimiler.

On combat la double chlorose syphilitique et mercurielle l'adjonction des toniques : fer, quinquina, bon régime, et cela p ventivement et avant que l'appauvrissement du sang soit établi: prévient de même les troubles intestinaux par l'opium et ses suc danés; on prescrit l'hydrothérapie, les bains salés ou sulfureux. salivation est presque impossible si la bouche est l'objet de so attentifs, si on donne les gargarismes au chlorate de potasse, si touche les gencives avec la teinture d'iode. Si les premières v sont trop susceptibles, on revient aux frictions mercurielles, etc. un mot, on fait de la thérapeutique et on exerce l'art médical.

Chemin faisant, je rencontre une assertion que je ne puis lais passer : le mercure serait nuisible dans les cas de syphilides ma gnes! Et qu'avons-nous donc à notre disposition, quel remède p pose donc M. Dolbeau? Se prive-t-il des bains de sublimé et biiodure ioduré si actif, si héroïque parfois en semblables circ stances?

Le reproche articulé avec le plus d'insistance consiste en ce que le traitement mercuriel n'empêche pas la réapparition, à dir intervalles, des accidents secondaires. M. Dolbeau a rencontr Lourcine des malades rentrant plusieurs fois pour des plaques m queuses; il pourrait ajouter que chez les fumeurs on voit longt des plaques opalines sur la langue, les joues, les lèvres, les am des syphilides herpétiformes à la verge et ailleurs. Peut-ê été bon d'ajouter que ces poussées successives, poursui

avec le mercure, deviennent de plus en plus faibles, de plus en plus distantes, qu'elles ne portent que sur des points très circonscrits, et que, en général, quand le traitement est bien conduit, elles finissent par disparaître en dix-huit à vingt mois environ.

La cure de la syphilis secondaire demandant en moyenne un an et demi, il aurait fallu nous dire la date de l'infection de ces malades, car plusieurs réapparitions ne prouvent ni l'inefficacité du traitement, ni l'incurabilité du cas particulier.

Au reste, toutes les maladies générales en sont là; elles sont tantôt latentes, assoupies, tantôt manifestées par des symptômes visibles. L'arthritisme, l'herpétisme, la scrofule, la chlorose, le diabète, le paludisme, ne se comportent pas autrement.

Est-ce à dire qu'il ne faut pas se donner la peine de traiter les accès sous prétexte qu'ils pourront revenir plus tard? est-ce à dire qu'un médicament ne vaut rien et ne sert à rien parce qu'il n'empêche pas ces retours si communs? Mais à ce titre rien ne vaut rien : ni le fer contre la chlorose, ni le sulfate de quinine contre les fièvres, ni l'arsenic contre les affections cutanées, ni les alcalins contre la goutte, ni l'iode contre la scrofule, ni même, comme je l'ai montré plus haut, l'iodure de potassium contre la syphilis tertiaire.

Pour moi, je pense qu'il y a grand avantage pour le malade et pour le médecin à rendre les accès plus rares et moins graves. Gagner du temps est chose fort importante. Dans la scrofule, par exemple, ne cherche-t-on pas à atteindre la puberté? Dans la syphilis, il faut s'efforcer de parvenir à la fin de la deuxième année. L'économie arrive, dans ce délai, à se débarrasser du poison, et si elle est contaminée pour toujours, comme le prouve la rareté extrême d'une seconde contagion, au moins il n'y paraît guère et la santé semble parfaite en apparence. Le mercure nous rend de tels services, cela n'est pas douteux; et, puisque M. Dolbeau nous demande *à quoi il sert*, il me permettra sans doute de le lui dire aussi brièvement que possible.

Si le chancre superficiel et surtout l'érosion chancreuse guérissent vite avec les seuls topiques, le chancre huntérien, large et profond, est parfois beaucoup plus rebelle; peu de jours cependant après l'administration du mercure, il se déterge et entre en voie de cicatrisation. J'ai constaté cent fois le fait en me bornant, comme traitement local, à l'emploi de l'eau fraîche. Même remarque pour les plaques muqueuses humides ou sèches, pour l'angine secondaire, etc.

La rapidité de la cicatrisation est importante; elle implique la cessation des douleurs, la suppression d'une plaie ouverte qui peut

toujours devenir le point de départ d'accidents divers, et surt ce qui est majeur, la durée moins grande de la période de contag sité. Si l'on ne peut pas toujours obtenir des malades l'absten prolongée des rapports sexuels, il faut tâcher de fermer vite plaies virulentes; on diminuera d'autant les chances de contami tion et d'irradiation de la vérole.

Un malade en proie à l'arthralgie, à la céphalée nocturne, promptement délivré de ces symptômes incommodes par le mercu il n'attache pas moins de prix à voir disparaître le plus promp ment possible les syphilides du visage, les rhagades de l'aile du n ou des commissures buccales. Le mercure lui rend ce service, et disparaître ces stigmates compromettants. Sans parler de l'iri certaines amblyopies ne cèdent qu'au traitement hydrargyriq longtemps continué, etc.

M. Dolbeau ne nous demanderait point à quoi sert le mercu s'il avait songé à la syphilis des femmes enceintes et des nouve nés. Une femme atteinte de syphilis amène rarement à terme produit de conception; elle avorte tantôt de bonne heure, tant près du terme, ou met au monde de misérables petits êtres à pei viables, et cela plusieurs années de suite, à moins qu'un traiteme mercuriel bien fait et institué en temps opportun, ne supprime cause incessante des avortements. Plus d'une union ne devie féconde qu'après l'administration du mercure à l'un des deux co joints, sinon à tous les deux. Ces faits sont classiques depuis lon temps, et c'est un grand tort de les oublier.

Enfin quel autre moyen avons-nous pour combattre la vérole d nouveau-nés? quels succès attendre de l'expectation? et combien ces petits malheureux sauvera-t-on par les topiques ou la médic tion banale? Que notre collègue relise la relation de ces épidémi de vérole qui, dans les siècles antérieurs et de nos jours mêm sévissent sur des points circonscrits, il y verra les ravages bient arrêtés par l'intervention du mercure. La dernière épidémie vérole vaccinale a, tout récemment encore, fourni son complémen de preuve. Mais il me paraît superflu d'insister, car il est des chos qu'on ne doit plus démontrer.

J'admettrais la proscription du mercure si on me proposait, po le remplacer, un médicament plus sûr, plus efficace, tout à f dépourvu d'inconvénients, agissant plus vite et guérissant d'u radicale; or, ce phénix pharmaceutique est encore à trouve e par hasard le bichromate de potasse? J'ai grand'peur q usqu'ici, je ne vois aucune raison théorique ou pratique q

justifie sa supériorité. M. Dolbeau, qui l'a essayé, nous apprend lui-même avec une bonne foi louable, que d'après son expérience, les récidives paraissent un peu plus fréquentes après son administration; cela n'est pas encourageant.

Jusqu'à la découverte d'un agent réellement préférable, je ne vois pas clairement l'utilité de cette croisade contre le mercure; elle se renouvelle périodiquement et compte des champions dans tous les temps et dans tous les pays. On dirait que le traitement de la vérole sans mercure est un problème social, à voir le zèle avec lequel on le poursuit. On ne songe guère, que je sache, à supprimer l'onguent napolitain ni le calomel, à la condition qu'on s'en serve uniquement contre le phlegmon, la péritonite, les inflammations plastiques ou la constipation; mais s'il s'agit de la syphilis, le médicament précieux devient un poison terrible et celui qui l'emploie un empoisonneur, peut-être. Je suis persuadé cependant que M. Dolbeau ne va pas jusque-là.

Il y a dans tout ceci ou un parti pris ou une exagération regrettable: le mercure n'est ni plus ni moins dangereux qu'une foule d'autres médicaments, et les préjugés du vulgaire ne sont pas plus fondés à son endroit qu'à celui de l'arsenic, qui, lui aussi, possède le triste privilège de jeter l'effroi dans les esprits timorés.

Que reste-t-il de toutes les déclamations passées et présentes? Peu de chose. L'immense majorité des praticiens, et je dis des plus savants, des plus habiles et des moins routiniers, continue à donner le mercure; ils en surveillent l'usage avec soin, le manient avec prudence et sagacité, et n'observant plus ces accidents terribles toujours invoqués, ils se rassurent et attendent, la conscience tranquille, des arguments plus nouveaux, des accusations mieux fondées, des preuves plus décisives. Ainsi faites-vous, messieurs, pour la plupart, ainsi fais-je moi-même.

Je dois m'excuser, messieurs, d'avoir abusé si longtemps de votre attention pour répéter des choses que vous savez mieux que moi. Mais un de nos collègues ayant fait appel à notre expérience, j'ai cru devoir lui répondre avec ce que j'ai vu et fait; sans doute, il me saura plus de gré, du moins je l'espère, de mon opposition que de mon silence.

Permettez-moi de me résumer en quelques propositions :

1° La syphilis doit être traitée dès que le diagnostic en est posé; il n'y a aucun avantage à attendre;

2° Si l'expectation éclaire le médecin sur l'évolution et le degré de gravité du mal, en revanche elle expose à perdre un temps pré-

cieux pendant lequel le virus s'installe profondément dans l'éco mie et altère profondément les éléments anatomiques et humeurs;

3° Le traitement doit être longuement et patiemment poursu parce que la syphilis est une maladie de longue durée, dont la g rison exige environ deux années;

4° La syphilis, sans doute, peut guérir spontanément; mais le paraît assez rare, et ne peut être prévu d'avance. Si le traitem est inutile, il ne paraît pas avoir d'inconvénient sérieux. L'incertit règne ici comme dans le champ entier de la thérapeutique, et, moment qu'on ne nuit pas, on peut agir sans scrupules;

5° Jusqu'à nouvel ordre, le mercure reste le modificateur le p puissant de la syphilis dans ses premières périodes. Si son act directe sur le virus n'est pas prouvée, il est toutefois démon qu'il modifie avantageusement les manifestations isolées et succ sives du mal général ;

6° Au moins aussi efficace que tout autre moyen dans les vér de moyenne intensité, il est indispensable et ne saurait être re placé dans les syphilides graves ou tenaces, dans la syphilis vis rale, dans la vérole des femmes enceintes et des nouveau-nés;

7° Le traitement mercuriel bien dirigé, avec le concours moyens adjuvants tirés de l'hygiène, du régime et de la classe toniques, est, dans l'immense majorité des cas, tout à fait innoc il importe donc de faire cesser à son égard les préjugés de la fo Il est très rare qu'on ne parvienne pas à faire tolérer le merc grâce aux ressources actuelles de la matière médicale :

8° Le problème de la cure de la syphilis sans mercure n'est d point encore résolu, et rien n'indique qu'il le soit prochaineme

9° Le bichromate de potasse ne paraît avoir sur le mercure auc supériorité évidente.

Au cours de la discussion, notre éminent collègue, M. Diday Lyon), émit quelques opinions que je combattis en ces termes[1]

« Je crois être l'interprète de la Société en remerciant M. Di qui a bien voulu venir de si loin prendre part à la discuss actuelle. Il est toutefois une phrase de son allocution que je ne p er sans réplique. Notre collègue craint que la Société, c surtout de chirurgiens proprement dits, n'ait pas toute

l. de la Soc. de chir., séance du 12 juin 1867, p. 259.

compétence désirable pour juger les points litigieux de l'histoire de la syphilis. Il pense que ces problèmes difficiles seraient plus sûrement résolus dans un congrès de spécialistes. Je ne saurais partager cette manière de voir, croyant que nous sommes parfaitement compétents et que nulle réunion ne saurait l'être davantage.

Nous sommes arrivés pour la plupart à l'âge de la maturité, nous avons en moyenne plus de vingt ans de pratique, et la théorie nous est connue dans ses moindres détails. Depuis longtemps, dans la clientèle privée ou dans les hôpitaux, nous soignons les maladies vénériennes. Un bon nombre d'entre nous a passé plusieurs années dans les établissements spéciaux, et tous nous avons étudié la vérole comme les affections des yeux, des voies urinaires, des organes génitaux dans les deux sexes, et autres objets de diverses spécialités; nous connaissons tout cela comme les fractures, les luxations, les hernies, les anévrysmes et bien d'autres sujets tout aussi difficiles, tout aussi compliqués.

Il me semble même que, pour connaître à fond une affection aussi fréquente, aussi variée, aussi protéiforme que la vérole, il y a plus d'avantage à être encyclopédiste qu'à tenir toujours ses yeux fixés sur un seul point de la science et de la pratique.

Si l'on interrogeait le passé et le présent, on verrait que les plus grands progrès, les découvertes les plus utiles dans le champ des prétendues spécialités, ont été réalisés et promulgués précisément par les esprits à vues larges et non par les spécialistes. Ceux-ci d'ailleurs sont fort sujets à l'erreur et se trompent tout aussi bien que les autres, malgré leurs longues et exclusives méditations.

Si M. Diday a fait faire des progrès à la syphiliographie, c'est justement parce qu'il a abordé tous les points de la science médicale, comme il le prouve chaque jour dans son estimable journal.

En résumé, que les syphiliographes fassent un congrès s'ils le veulent, mais il est évident que nous pourrons en attendant discuter avec fruit le traitement de la vérole.

Ceci dit, je veux examiner quelques points du discours de M. Diday. Je constate d'abord avec plaisir qu'il ne croit pas fermement à la guérison, et à plus forte raison à la guérison de la syphilis tertiaire. Je vois ensuite qu'il est partisan du mercure dans les cas où nous le croyons indispensable. Seulement, il l'administre d'une manière particulière : ainsi il donne le spécifique à haute dose, de façon à faire disparaître les manifestations secondaires en un temps relativement court; après quoi il suspend, pour reprendre plus tard au besoin. Il cherche à juguler les accidents. Les partisans du mercure qui sont

dans cette enceinte suivent pour la plupart d'autres errements. Ils le prescrivent à petite dose et en prolongent longtemps l'emploi pour combattre peu à peu le mal, sans avoir la prétention de l'anéantir rapidement.

Si je ne me trompe, ces deux méthodes sont radicalement différentes, et je crois que la Société ferait bien de les étudier comparativement avec le plus grand soin. Je ne me pose point en législateur; mais à mon sens et avec les idées générales qui me guident en théorie et en pratique, la seconde méthode, anciennement inaugurée à Montpellier, me paraît infiniment supérieure et plus rationnelle que la première. C'est un point à discuter.

Je n'ajouterai qu'un mot. Nos contradicteurs disent que nous donnons du mercure pendant deux ans; cela pourrait prêter à *l'équivoque*. Oui, nous donnons du mercure pendant le cours des deux premières années quand la chose nous paraît utile, mais avec des interruptions et non pendant sept cents jours consécutifs. Le premier traitement mercuriel dure à la vérité quatre mois en moyenne, mais pendant le reste de la cure, un nombre égal de jours suffit ordinairement. Je fais cette remarque pour éviter un malentendu qui n'est que dans les mots.

NOTE ADDITIONNELLE

Je viens de relire ces pages écrites il y a vingt ans et en vérité je ne trouve pas grand'chose à y changer : certes déjà à cette époque, elles ne renfermaient rien de neuf, mais du moins opposaient des affirmations précises à des assertions vagues, à des déclamations surannées, à des principes de pratique fort contestables. Je me serais peut-être dispensé de les reproduire, si de temps en temps quelques excentriques ne s'avisaient de rentrer en campagne contre le mercure et surtout d'accorder à la nature une puissance curative qu'elle ne possède malheureusement pas. Or, la plaidoirie de 1867 pourrait servir à leur répondre en 1887, aussi bien qu'en 1907, s'ils rééditaient leurs erreurs.

Je n'ai touché dans le précédent discours qu'à un petit nombre de points du traitement de la syphilis; si mes lecteurs trouvaient quelque intérêt à savoir ce que je pense sur différentes autres questions de pratique, après avoir soigné des vérolés depuis quarante

ans (j'avais déjà de la clientèle parmi les élèves plus jeunes alors que j'étais interne), je pourrais formuler pour eux quelques propositions.

A. — Dans les cas de diagnostic difficile, je ne me prononce jamais sur les seules indications fournies par l'iodure de potassium, et j'essaie toujours le mercure. J'ai observé au moins trois fois des tumeurs du testicule ayant résisté à de fortes doses d'iodure de potassium et pour lesquelles la castration semblait par conséquent inévitable; par acquit de conscience, j'administrai le mercure, qui en quelques semaines amena la guérison.

B. — Je ne prescris presque jamais l'iodure de potassium à haute dose; 2 et 3 grammes par jour sont généralement mon maximum; j'en excepte quelques cas de gomme à évolution rapide du nez, de la voûte palatine, du voile du palais et du pharynx, dont il convient d'arrêter au plus tôt les ravages : alors il faut donner parfois jusqu'à 5 et 6 grammes par jour, mais dès que le mal est enrayé, on diminue les doses. L'onyxis, sans que j'en conçoive la raison, exige souvent aussi des doses élevées du médicament.

— Je ne suis point partisan de l'association du mercure et de l'iodure de potassium, en cas de syphilis secondaire ordinaire. Je préfère de beaucoup donner l'hydrargyre seul, associé aux médicaments toniques et à une bonne alimentation. J'emploie pourtant très volontiers le traitement mixte pour les accidents secondaires tardifs ou tertiaires, quand le mercure n'a pas été administré ou ne l'a été que d'une manière insuffisante. En ce cas, je prescris simplement le protoiodure de mercure à la dose de 5 centigrammes, et l'iodure de potassium à un gramme par jour. Le sirop de Gibert est une bonne préparation, mais il est parfois mal toléré. J'ai vu les bains de sublimé faire merveille dans les larges syphilides ulcérées.

— J'ai eu rarement recours aux frictions mercurielles, dont je reconnais pourtant la puissance particulière dans certains cas où il faut aller vite et agir énergiquement. En les employant, je ne me suis jamais cru dispensé de reprendre plus tard l'ingestion intérieure du protoiodure ou de tout autre préparation mercurielle à petites doses et pendant très longtemps.

E. — Je ne me suis jamais servi des injections mercurielles hypodermiques, dont je n'entrevois que rarement l'indication. Je ne suis point séduit par l'avantage qu'on leur accorde, de constituer le plus court des traitements, puisqu'on prétend qu'au bout de 15, 20 ou 30 jours, la guérison est certaine. Je pense au contraire que la destruction ou la neutralisation du virus syphilitique est mieux assurée par une imprégnation lente de l'économie que par une saturation plus ou moins soudaine.

F. — Comme traitement local des ulcérations primitives et secondaires précoces ainsi que des plaques muqueuses, je donne la préférence aux solutions de nitrate d'argent à différents titres et au chloral. Pour les ulcérations secondaires tardives et tertiaires, l'emplâtre de Vigo est la meilleure préparation. La pommade à l'iodure de potassium, dont on se sert pour les hyperplasies conjonctives, glandulaires ou osseuses, est généralement mal formulée; à 4 grammes pour 30 elle irrite la peau, agit comme révulsif et n'est point absorbée; à dose moitié plus *faible*, *elle* pénètre beaucoup mieux jusqu'aux parties profondes.

Décembre 1886.

DE L'HYDROPISIE
DES GAINES TENDINEUSES DES EXTENSEURS DES DOIGTS
DANS LA SYPHILIS SECONDAIRE[1].

La lecture de l'intéressante note de M. Bouchard sur la tuméfaction du dos de la main dans la paralysie des extenseurs des doigts m'a remis en mémoire quatre observations enfouies dans mes cartons, et qui peuvent être rapprochées, au moins quant à la localisation anatomique, des faits signalés par MM. Gubler, Nicaise et d'autres. Il s'agit en effet d'épanchements subinflammatoires dans la cavité séreuse qui entoure les tendons extenseurs des doigts, au niveau de la face dorsale du carpe et du métacarpe. Ces épanchements étaient survenus spontanément, sans violence extérieure quelconque, sans refroidissement, sans saturnisme antérieur, sans trace de paralysie des extenseurs; en revanche, dans les quatre cas, ils coïncidaient avec une poussée d'accidents syphilitiques secondaires, plaques muqueuses, roséole, angine, etc.

J'ai vu trois de ces faits à Lourcine, un quatrième à l'hôpital Lariboisière en 1866. Tous les sujets étaient du sexe féminin; rien n'indiquait la diathèse rhumatismale ou goutteuse. Deux malades eurent en même temps l'arthralgie spécifique: la première dans les épaules et les coudes (1863), et cette coïncidence précisément me frappa; je me demandai s'il n'y avait pas identité de cause entre l'arthralgie et l'épanchement sus-carpien, si ce dernier, en un mot, n'était pas, comme la première, un symptôme de la syphilis secondaire.

Trois fois la lésion occupait les deux mains, une fois seulement elle était bornée au côté droit. L'épanchement, survenu brusquement, était facile à reconnaître, la fluctuation étant très évidente, sans tuméfaction circonvoisine, sans changement de couleur à la peau; la tumeur, bien circonscrite, aplatie, triangulaire, à base tournée vers les doigts, occupait la région carpo-métacarpienne, et rappelait exactement la forme et le siège de la bourse séreuse commune au faisceau des extenseurs. Dans aucun cas elle ne dépassait

1. Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, 25 septembre 1868, n° 39 p. 609.

le ligament dorsal qui bride les tendons; elle ne s'étendait donc pas à la portion anti-brachiale de la séreuse en question.

Au reste, douleur médiocre à la pression, seulement un peu de gêne et de faiblesse dans les mouvements du poignet.

Dans tous les cas, guérison facile, aucune tendance à la diffusion: on eût dit l'hygroma le plus simple et le plus bénin. J'ajoute que dans les quatre faits il y a eu ressemblance si grande, que je me contenterai de rapporter celui que j'ai récemment recueilli.

Une femme âgée de trente-quatre ans, couturière, d'assez faible constitution, se présente à la consultation à l'hôpital Lariboisière le 22 novembre 1866, se plaignant de faiblesse et d'une légère douleur dans les poignets. Je constatai à l'instant même sur le dos de chaque main une tumeur molle, indolente, offrant tous les caractères indiqués précédemment. En même temps, je reconnus une alopécie suspecte et songeai tout aussitôt à la syphilis. J'admis cette femme dans mon service, et à la visite du lendemain j'annonçai la probabilité d'une infection syphilitique secondaire. Procédant sans interrogation à l'examen des parties génitales, je retrouvai sans peine deux plaques muqueuses à la vulve. M. Machenaud, mon interne d'alors, chargé de recueillir les antécédents, me remit le lendemain les notes suivantes :

La malade a eu quatre enfants, le dernier il y a sept ans. Un an avant cet accouchement, vaginite légère. En 1865, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine pour un nouvel échauffement qui l'a beaucoup fatiguée et lui a fait perdre ses forces ; elle est restée six mois à l'hôpital en deux fois. Lors du premier séjour, on lui a administré quotidiennement une petite pilule : au bout de trois semaines, elle a eu mal à la bouche; on a supprimé les pilules et prescrit une potion pour la bouche. La seconde fois, elle est entrée à l'hôpital pour une conjonctivite purulente prise par contagion, plusieurs personnes ayant été atteintes de catarrhe oculaire dans la maison qu'elle habitait. Sortie de l'hôpital en assez bon état vers le mois de janvier 1866, elle cessa de se traiter. Cependant elle était toujours tourmentée par de violents maux de tête, plus forts la nuit que le jour. Le 1[er] novembre 1866, elle ressentit de nouveau des démangeaisons génitales avec mal de gorge et petits boutons à la langue. Enfin depuis cinq ou six jours elle souffre dans le bras droit, le pied gauche et les deux poignets. La malade, bien entendu, attribuait tout ce cortège de symptômes à la fatigue, au travail, aux règles, à l'échauf-

fement du sang, etc., et déclarait n'avoir jamais eu de mauvaise maladie.

Ce récit me dispensait de tout effort pour établir le diagnostic. Je signale seulement l'arthralgie et l'hygroma double sus-carpien, coïncidant avec une poussée d'accidents secondaires. Un traitement approprié par les toniques et le protoiodure fit disparaître en quinze jours tous les symptômes locaux et généraux. J'engageai la malade à continuer son traitement et signai l'exeat.

Avant d'admettre un nouveau symptôme de syphilis secondaire, je consultai les auteurs et je ne trouvai rien. L'hygroma dorsal de la main semble avoir passé inaperçu; il ne doit pourtant pas être très rare, puisqu'en quatre ans j'ai pu le rencontrer quatre fois. Mais peut-être contestera-t-on la nature syphilitique de la lésion. Lorsque dans le cours d'une maladie générale apparaît une lésion locale susceptible de naître spontanément et sous l'influence de causes multiples, il est difficile de proclamer la relation de cause à effet, et d'admettre comme symptôme deutéropathique ce qui peut n'être qu'une coïncidence; on sait quel effort il a fallu pour faire entrer l'arthrite blennorrhagique comme forme distincte dans le cadre nosologique. Aussi je ne propose qu'avec réserve l'admission de l'hydropisie des bourses séreuses dans les rangs déjà si remplis des manifestations secondaires de la vérole. L'expérience ultérieure confirmera ou infirmera ce rapprochement.

Cependant l'induction n'est pas contraire à mon hypothèse : d'une part, en effet, l'arthralgie syphilitique ne saurait être contestée; d'autre part, les bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses ont, sans contredit, les mêmes aptitudes morbides que les synoviales articulaires; rien ne s'oppose donc à ce qu'elles soient influencées comme elles par le poison vénérien.

A la vérité, il resterait à démontrer que dans l'arthralgie syphilitique les séreuses sont intéressées et sont le siége d'une inflammation spécifique, tandis qu'on est plutôt porté à localiser dans le système fibreux les douleurs qui apparaissent dans ces conditions. A quoi je répondrai que la névropathie primitive non inflammatoire des tissus fibreux est problématique encore, et que, fût-elle prouvée, on ne serait point en droit pour cela d'exonérer les séreuses articulaires, si riches en éléments nerveux; la blennorrhagie, qui atteint si évidemment toutes les synoviales, retentit également et sans aucun doute sur les muscles et le périoste, comme l'attestent les

douleurs dans la continuité des membres, qui coïncident assez souvent avec le rhumatisme des jointures.

Aucun argument tiré du raisonnement pur ne ruine donc mes suppositions. Les faits que j'ai observés jetteraient une certaine lumière sur l'arthralgie syphilitique, et prouveraient que celle-ci n'est autre chose qu'une synovite avec un des symptômes les plus constants de cette dernière, c'est-à-dire l'hypersécrétion, ou, en d'autres termes, l'épanchement ou l'hydropisie. Ce symptôme, on le comprend, s'il n'est pas très marqué, peut passer inaperçu quand il s'agit d'articulations profondément cachées sous les parties molles, comme l'épaule, par exemple, et deviendrait beaucoup plus évident dans les régions superficielles, où la moindre accumulation de liquide est facilement reconnaissable. Pour trancher la difficulté, il faudrait établir nettement : 1° que l'hygroma dorsal de la main, coïncidant avec les autres manifestations secondaires, ne reconnaît aucune des autres causes ordinaires; 2° qu'il suit la même marche que les accidents syphilitiques contemporains. Quoique mes observations satisfassent à cette double exigence, quelques variations dans la thérapeutique m'ont éclairé d'ailleurs sur le second point.

En effet, lorsqu'en 1863 je rencontrai pour la première fois l'accident en question, je fis un traitement local assez actif : vésicatoires volants, badigeonnages iodés, immobilisation. La guérison eut lieu. Le traitement interne était simultanément administré. Dans le second cas, je fis le traitement local d'un côté seulement, et j'abandonnai l'autre hygroma à la seule action des médicaments internes : protoiodure, quinquina et fer. Le côté non traité localement guérit à peu près aussi vite que l'autre. Dans les deux derniers cas, je m'abstins de toute application topique sur les mains et la guérison ne s'effectua pas moins, marchant de pair avec l'effacement des autres accidents secondaires concomitants.

En résumé, je pense que : 1° la syphilis secondaire peut sévir sur les bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses comme sur les synoviales articulaires; 2° qu'elle s'y révèle sous forme d'épanchements indolents ou hygromas; 3° qu'observé jusqu'à ce jour à la seule région de la main, cet hygroma devra être cherché dans les autres séreuses sous-cutanées; 4° qu'enfin la thérapeutique spécifique interne suffit, dans la plupart des cas, à faire disparaître l'épanchement liquide.

Je me borne à ce que j'ai observé, et ne discuterai pas les hypothèses

émises par mes honorables collègues pour expliquer l'hygroma sus-carpien dans les paralysies saturnines ou autres. Je dirai seulement que j'ai vu bien des cas de paralysies du bras consécutives à des luxations de l'épaule et à des contusions du nerf radial, et que jusqu'à ce jour, je n'ai pas rencontré d'hygroma sus-carpien né dans ces conditions [1].

1. Quelque temps après la publication de la note précédente et comme pour lui servir de réponse, mon excellent ami Alfred Fournier fit paraître un article dans lequel il signala six nouveaux faits de lésions des gaines tendineuses dans la syphilis secondaire, lésions, qui d'après lui, se présentent sous deux formes principales, à savoir :

1° *Hydropisie simple de la synoviale tendineuse*, constituée par l'épanchement d'une quantité généralement minime de liquide, dans la cavité de la séreuse. Cet épanchement se produit sans phénomènes inflammatoires. Il est indolent.

2° *Synovite tendineuse subinflammatoire.* Cette seconde forme ne diffère de la première que par un certain degré de réaction locale (douleur à la pression, troubles fonctionnels plus accusés, et parfois suffusion rosée des téguments).

M. Fournier expose en outre les considérations diverses qui démontrent la relation pathogénique de ces lésions avec la syphilis secondaire. La nature syphilitique de ces lésions ne lui paraît pas contestable (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1868, p. 645).

LÉSIONS SYPHILITIQUES TERTIAIRES DES BOURSES SÉREUSES SOUS-CUTANÉES ET TENDINEUSES. HYDARTHROSES TERTIAIRES[1]

J'ai publié jadis dans la *Gazette hebdomadaire* une note sur l'hydropisie syphilitique des synoviales tendineuses contemporaine des accidents secondaires. Ce petit travail a eu pour avantage de provoquer l'attention de mon excellent ami Alfred Fournier, qui, à son tour, a fait connaître plusieurs faits du même genre. La synovite tendineuse syphilitique a désormais sa place marquée dans la période secondaire de la vérole. Les accidents tertiaires des bourses séreuses sont, je crois, moins bien connus; je viens d'en observer un cas bien concluant qui m'a remis en mémoire un autre fait de date très ancienne. Je les publie tous les deux dans l'espoir que mes confrères feront sortir de leurs cartons ou de leur mémoire des observations semblables.

Ne devant pas sans doute reprendre de longtemps la plume sur ce sujet, je rapporte ici quelques autres cas, moins rares, d'hydrarthrose coexistant avec divers accidents tertiaires.

Obs. I. — *Tumeur gommeuse de la bourse séreuse au-devant de la tubérosité antérieure du tibia* (Notes fournies par M. Lascoux, élève du service).

Félix B..., trente-deux ans, serrurier, entre à l'hôpital Lariboisière, le 22 août 1872, salle Saint-Augustin, n° 15. Cet homme est d'une bonne constitution et n'a jamais fait de maladie grave. Il ne présente aucune trace de scrofule ni de rhumatisme.

En 1863, il contracte un chancre infectant sur la couronne du gland, à gauche du frein. On trouve encore en ce point une légère induration. Le chancre mit trois mois à se cicatriser.

Le malade ne se rappelle pas quel traitement il suivit alors. Dans tous les cas, il ne s'est jamais soigné d'une façon régulière, bien qu'il ait eu des plaques muqueuses à la gorge.

Aujourd'hui, il n'y a de traces d'accidents secondaires ni à la peau, ni aux muqueuses. Le malade est marié depuis six ans; sa

1. Extrait de la *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, janvier 1873, n° 2, p. 22

petite fille, âgée de trois ans, se porte bien. B... travaille souvent à genoux; il y a quatre mois, pour la première fois, apparut à la partie antérieure du genou gauche une petite induration, d'abord indolente, puis qui devint peu à peu sensible à la pression et s'accrut de manière à acquérir le volume d'un demi-œuf de poule. Des frictions diverses et un vésicatoire furent prescrits, mais sans résultats. C'est alors que B... entra à l'hôpital.

On constate à la partie antérieure et inférieure du genou gauche, juste au-devant de la tubérosité antérieure du tibia, une tumeur hémisphérique, offrant à sa base un diamètre de 0m,05 environ et faisant au-dessus du plan des parties voisines une saillie de près de 0m,03. Cette tumeur, à contours très nettement circonscrits, repose sur les parties dures et y adhère solidement; elle n'est point fluctuante, mais de consistance ferme et comme élastique.

La peau sus-jacente est épaisse, immobile, confondue avec la masse morbide, d'un rouge violacé; au côté externe existe une ulcération à bords taillés à pic et légèrement décollés, large de 7 à 8 millimètres; elle occupe toute l'épaisseur de la peau, mais son fond est masqué par une eschare d'un jaune grisâtre, molle et encore adhérente aux parties profondes. Au reste, indolence presque complète à la palpation, douleurs spontanées à peu près nulles. A un centimètre de la tumeur, la peau reprend sa coloration normale, l'articulation du genou est saine. Aucun engorgement ganglionnaire dans l'aine.

Il n'y a de souffrance que dans les grands mouvements de flexion et quand le malade essaye de se poser directement sur le genou affecté.

Je fus frappé de l'aspect tout particulier de cette lésion, qui ne ressemblait ni à un phlegmon ordinaire, ni à un hygroma simple, ni à une exostose. L'ulcération avec eschare centrale, la coloration livide de la peau, l'indolence, la longue durée et la marche si lente du mal, me firent songer aussitôt à une tumeur gommeuse et je la localisai sans hésiter dans la bourse séreuse sous-cutanée située au-devant de l'insertion inférieure du tendon rotulien, parce qu'elle rappelait exactement par son siège, sa forme et son volume les hygromas qu'on rencontre assez souvent en ce point. C'est alors que je recueillis par l'interrogatoire, les renseignements donnés plus haut sur l'existence antérieure d'un chancre infectant. On pouvait d'ailleurs s'expliquer comment les pressions incessantes exercées en ce point par le travail à genoux avaient suscité là une manifestation locale de la maladie constitutionnelle latente jusqu'alors. Ce n'est pas la première fois que l'on constate l'influence des irrita-

tions traumatiques fortes ou faibles sur l'apparition des accidents diathésiques circonscrits.

Ce diagnostic dictait naturellement le traitement.

1° Application au point malade de bandelettes de sparadrap de Vigo, qui seront renouvelées tous les deux ou trois jours;

2° A l'intérieur, le traitement mixte, à savoir une pilule de 0gr,05 de protoiodure tous les matins, et un gramme d'iodure de potassium le soir;

3° Le repos absolu au lit, le membre maintenu dans l'extension.

Les effets de ce traitement ne tardèrent pas à se faire sentir. L'eschare tomba au bout de quatre ou cinq jours, laissant à nu une plaie qui avait tous les caractères de l'ulcération gommeuse.

La peau commença à pâlir et la tumeur à se ramollir et à *décroître*; pendant quelques jours, on put croire que la tubérosité tibiale elle-même était gonflée et comme hyperostosée, mais il fut bientôt certain que les parties molles seules étaient le siège principal, sinon exclusif, de la tuméfaction.

Au bout de trois semaines, la guérison était presque *complète*, l'ulcération était cicatrisée, la peau avait repris en grande partie sa couleur normale, les mouvements de flexion étaient à peine gênés. B... me demanda à sortir et à terminer la cure chez lui. Je lui recommandai de continuer le traitement interne pendant deux mois encore et à faire sur le point malade des badigeonnages quotidiens avec la teinture d'iode.

Ce fait démontre, ce me semble, la localisation de la syphilis tertiaire dans les bourses séreuses. Quant à la nature anatomique intime de cette lésion, on comprend que je n'en puis rien dire. S'agissait-il d'une exsudation solidifiée dans la séreuse ou d'un épaississement de la paroi elle-même, avec ou sans effacement de la cavité ? Je ne saurais me prononcer, il faut attendre que l'inspection directe tranche ces questions, accessoires du reste au point de vue où je me place aujourd'hui.

Cette observation me remet en mémoire un cas curieux que j'avais vu au temps, bien éloigné déjà, où j'étais prosecteur.

Obs. II. — J'avais soigné un étudiant en droit pour un chancre induré suivi de syphilis secondaire. Le traitement avait été mal suivi, et de nombreuses récidives s'étaient montrées pendant deux ou trois ans. Lorsque X... quitta Paris, il semblait cependant délivré. C'était d'ailleurs un garçon d'une rare vigueur et qui

avait fort bien résisté à la maladie, au traitement et à des excès de tous genres.

Cinq années environ s'étaient écoulées depuis l'accident primitif, lorsque mon ami revint de province exprès pour me montrer une singulière affection. A la face interne de chaque genou existait une tumeur assez bien circonscrite et affectant une forme bizarre. Elle était à peu près triangulaire. Le bord antérieur répondait à la crête du tibia; les deux autres bords, supérieur et inférieur, convergaient l'un vers l'autre et se réunissaient en haut et en arrière vers le condyle interne du fémur.

La tumeur faisait au-dessus des parties voisines une saillie de près de 2 centimètres. Elle était fixée au tibia, dont elle suivait les mouvements. Au reste, à peu près indolente, assez résistante, sans fluctuation, sans changement de couleur à la peau, elle déterminait à peine un peu de gêne dans la marche. Elle avait paru à la suite de plusieurs parties de chasse, c'est-à-dire de marches prolongées.

D'après les caractères indiqués, on ne pouvait songer ni à une hydropisie, ni à un abcès, ni à une exostose, ni à une ostéite. La situation et la forme des tumeurs me firent penser que la lésion siégeait dans la bourse séreuse de la patte d'oie, et la symétrie m'inspira l'idée qu'il s'agissait d'une manifestation syphilitique, bien qu'en ce moment aucun point du corps n'offrît la moindre trace de la maladie constitutionnelle.

Je portai donc le diagnostic un peu hasardé d'hypertrophie fongueuse tertiaire de la bourse séreuse de la patte d'oie. J'engageai X... à voir Ricord et à lui soumettre mon opinion, que l'éminent syphiliographe voulut bien accepter.

En conséquence, je prescrivis *loco dolenti* les frictions mercurielles, et à l'intérieur l'iodure de potassium à doses assez fortes; enfin le repos, qui ne fut guère observé. Les effets du traitement se manifestèrent promptement; en quatre ou cinq semaines, la tuméfaction avait disparu et il ne restait point de traces de ce singulier gonflement.

Obs. III. — J'ai quelque idée d'avoir vu encore un cas du genre des précédents. Il s'agissait d'une femme dont le corps présentait en maint endroit des cicatrices anciennes de syphilides ulcéreuses graves. Elle vint me consulter pour une ulcération unique, assez récente, bien circonscrite, indolente, offrant tous les caractères de la plaie gommeuse, et qui occupait exactement le point de la peau qui recouvre la saillie de l'épitrochlée. L'articulation du coude

était intacte, et cependant l'apophyse était à nu au fond de l'ulcère.

Celui-ci était venu sans douleur, par le ramollissement et l'ouverture d'une petite tumeur bien limitée, qui avait mis plusieurs semaines à percer. C'est sans doute dans la petite bourse séreuse, normale en ce point, que la gomme s'était développée.

Je n'ai pas fait suffisamment de recherches bibliographiques pour affirmer que d'autres chirurgiens n'ont pas déjà fait connaître des cas analogues aux précédents ; toutefois, je crois qu'ils sont rares et méritent d'être décrits. Au reste, leur constatation n'étonnera personne de ceux qui savent bien qu'aucun organe, qu'aucun tissu n'échappe à l'action de la syphilis. Reste à savoir pourquoi cette maladie porte de préférence sur telle ou telle partie de l'organisme et dans une proportion si inégale que certains viscères, comme la mamelle, l'ovaire, l'utérus, n'en sont presque jamais atteints. Sans doute ce pourquoi nous restera longtemps encore inconnu, mais c'est une raison de plus pour enregistrer avec soin toutes les formes insolites de la vérole et pour compléter autant que possible le tableau de ces manifestations. La présente note n'a pas d'autre prétention.

L'existence des arthropathies syphilitiques n'est mise en doute par personne, mais les observatious ne sont pas toutes concluantes et ne distinguent pas toujours assez nettement le point de départ anatomique de la lésion. Les deux faits suivants ont trait à des hydarthroses sans lésion osseuse épiphysaire et survenant à la période tertiaire, ou du moins s'accompagnant d'accidents tertiaires.

Obs. IV. — *Hydarthrose syphilitique. — Traitement spécifique employé seul. — Guérison.*

X..., garçon de vingt-quatre ans, entra dans mon service au mois d'avril de cette année pour une hydarthrose du genou gauche. Le mal datait d'une quinzaine de jours : il était survenu sans cause appréciable, ni fatigue, ni chute, ni contusion, ni refroidissement, ni rhumatisme. La douleur était nulle, les mouvements à peine gênés. Il y avait seulement un peu de faiblesse. En examinant la face interne du tibia du même côté, je remarquai une tuméfaction notable que le malade n'avait pas aperçue, bien que de temps en temps et tout récemment encore il ressentît des douleurs en ce point. Sur l'autre jambe, on constatait des cicatrices arrondies, brunâtres, indice certain de syphilides ulcéreuses guéries. Le malade

niait la syphilis et reconnaissait seulement avoir eu un échauffement plusieurs années auparavant. Je n'opposai à l'hydarthrose aucun traitement local, bien qu'elle fût assez considérable. Je n'imposai même pas le repos absolu de la jointure si indispensable à la cure de cette affection. Je me contentai d'instituer le traitement mixte : protoiodure le matin, iodure de potassium le soir. En moins de dix jours, l'hydarthrose avait presque disparu. Le malade sortit après vingt jours de traitement, tout à fait guéri de son épanchement. Les douleurs vagues du tibia avaient également cessé.

Le diagnostic posé dès le premier jour se trouva donc justifié. Il s'agissait en réalité d'une hydarthrose contemporaine des accidents tertiaires.

On pourrait croire que l'hydropisie articulaire résultait de la propagation jusqu'à la synoviale de l'ostéite du tibia. Je ferai remarquer que cette ostéite était très légère, localisée dans les couches superficielles de l'os situé à plus de $0^m,12$ de la jointure et séparé d'elle par l'épiphyse supérieure du tibia, tout à fait saine et encore distincte de la diaphyse à cet âge.

Obs. V. — *Gomme suppurée extra-articulaire. — Hydarthrose considérable du genou. — Tumeurs lymphatiques de la cuisse* (Notes fournies par M. Rouhon, élève du service).

M..., vingt-six ans, journalier, entre le 5 septembre 1872, salle Saint-Louis, n° 1, à l'hôpital Lariboisière. Cet homme, de stature moyenne, d'une constitution robuste; n'a jamais eu de grave maladie.

Plusieurs blennorrhagies avant vingt ans; en 1865, chancre mou rapidement guéri ; en 1867, chancre infectant, inoculation négative; plus tard roséole. Séjour de deux mois à l'hôpital du Midi; traitement nul pendant ce séjour et depuis, aucun accident secondaire dans les années suivantes. M... se considérait comme guéri. Il y a seize mois environ, le genou droit devint malade; la tuméfaction aurait commencé par le côté interne, au niveau du condyle fémoral. Peu à peu elle s'est étendue et a envahi la région tout entière. Jamais il n'y a eu de douleurs vives, mais seulement de la raideur, de la faiblesse, et de la fatigue à la suite de la marche ou du travail.

Il y a un mois environ, une plaque d'un rouge violacé s'est montrée au côté externe de l'articulation, et, en moins de quinze jours, s'est ramollie et ulcérée; c'est alors que M... s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Voici ce que nous constatons : genou droit considérablement tuméfié, sa circonférence mesure 0m,50; le gonflement occupe toute la région articulaire, mais remonte surtout en haut vers le cul-de-sac supérieur de la synoviale sans être exactement limité à ce niveau.

On reconnaît sans peine une collection liquide dans la jointure; la fluctuation et même la sensation du flot sont très marquées; la rotule est fort éloignée des condyles et très mobile latéralement; la mollesse extrême de la tumeur indique que la synoviale est distendue, mais non épaissie, ni fongueuse.

Au côté externe de la jointure, au niveau du condyle du fémur, ulcération irrégulière de l'étendue d'une pièce de 5 francs, à bords taillés à pic, un peu déchiquetés et décollés, comprenant toute l'épaisseur de la peau; ses bords sont violacés, livides; le fond est inégal, recouvert d'une pulpe grisâtre, de débris sphacélés et adhérents et d'un pus mal lié et sanguinolent; la peau, vers la partie supérieure de l'ulcère, est décollée dans l'étendue de 0m,04 à 0m,05; la pression fait sortir de cette arrière-cavité un pus mélangé de détritus mortifiés. La coloration livide du tégument ne se montre qu'au niveau du clapier et dans une zone de 0m,015 à 0m,020 autour de l'ulcère; partout ailleurs, sur le reste de la tumeur, le tégument a sa coloration normale, sauf en dedans, où un large vésicatoire a été précédemment appliqué.

Au reste, indolence complète, nulle douleur au toucher ni quand on presse les surfaces articulaires les unes contre les autres. Le genou est dans l'extension complète, mais on peut le fléchir à angle droit; au delà on provoque une tension incommode de la partie antérieure.

Il est facile de reconnaître dans l'ulcération tous les caractères d'une gomme sous-cutanée, ramollie et ulcérée; elle s'est développée dans le tissu conjonctif sous-cutané, mais heureusement reste séparée de la synoviale par l'aponévrose *fascia lata*, très épaisse dans cet endroit.

Les ganglions inguinaux n'étaient pas gonflés, mais en revanche, en remontant vers le pli de l'aine, on trouve sous la peau, saine du reste, et à des distances variables, trois masses aplaties, indurées, allongées, irrégulières, d'une longueur variant de 0m,02 à 0m,03 et qui paraissent adhérer aux muscles sous-jacents, car, mobiles dans le repos du membre, elles deviennent fixes au contraire quand on fait contracter le triceps ou qu'on distend ce muscle par la flexion de la jambe.

Ce sont probablement des gommes à l'état de crudité. Peut-être s'agit-il de ces lymphomes syphilitiques que j'ai décrits dans

un autre travail, sous le nom de *lymphangiome tertiaire*[1].

La plus volumineuse de ces tumeurs est assez rapprochée de l'ulcération; elle occupe la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de la cuisse.

L'état général du malade est excellent : toutes les fonctions s'accomplissent à merveille, en aucun point du corps ne se trouve une manifestation quelconque de syphilis. Cependant, le diagnostic me paraît évident et j'institue sur-le-champ le traitement suivant : injections détersives quotidiennes dans le foyer de décollement et pansement de l'ulcération avec l'emplâtre de Vigo; immobilisation complète du membre dans une gouttière, pour conjurer autant que possible le danger de l'ouverture secondaire de la synoviale; badigeonnages du reste du genou avec la teinture d'iode. A l'intérieur, pilule de protoiodure de 5 centigrammes tous les matins, et le soir un gramme d'iodure de potassium; alimentation substantielle.

Au bout d'une semaine, l'amélioration est très marquée. Le décollement diminue, le pus devient homogène et de bonne nature, la plaie est recouverte de bourgeons charnus roses et vivaces, l'épanchement articulaire diminue sensiblement.

Le 1er octobre, la plaie, presque tout à fait comblée, présente à peine les dimensions d'une pièce de un franc. La teinte livide des bords est effacée, les tumeurs sous-cutanées de la cuisse tendent à disparaître; la circonférence du genou, au niveau du bord supérieur de la rotule, n'est plus que de 0m,38. Malgré mes représentations, le malade, ennuyé du repos au lit et s'imaginant que tout danger est fini, quitte l'hôpital.

Ce fait présente de curieux la coexistence en une même région de deux lésions bien distinctes : l'hydarthrose et la tumeur gommeuse. Il est difficile de déterminer l'influence qu'elles ont eu l'une sur l'autre. On pourrait croire que l'hydropisie a eu pour cause l'irritation de voisinage provoquée par la gomme, mais celle-ci ne s'est montrée que très tardivement, quinze mois après le début du gonflement articulaire, lequel d'ailleurs a envahi tout d'abord le côté opposé de la jointure. Comme dans l'observation précédente, l'hydarthrose est donc née directement sous l'influence de la syphilis et peut-être faut-il lui rapporter la détermination locale de l'éruption gommeuse. Quoi qu'il en soit, les deux lésions étaient de même nature, car elles ont cédé simultanément et rapidement au traitement spécifique.

1. *Tumeurs gommeuses de la région inguinale* (Voir plus loin, p. 420).

[La combinaison de l'hydarthrose et des gommes sous-cutan
péri-articulaires n'est pas très rare à l'articulation du genou, ct
l'ai rencontrée deux fois encore depuis la publication des précéde
observations.

Dans les deux cas, il s'agissait de femmes de quarante et quelq
années, de haute taille, de forte constitution, appartenant à la bo
geoisie et vivant dans l'aisance. Chez l'une et l'autre, l'affection, b
qu'ancienne déjà et facilement reconnaissable, avait été tout à
méconnue. Lorsque je fus appelé, les éruptions gommeuses s'étai
déjà produites plusieurs fois, car à côté des nodosités encore so
cutanées et des ulcérations ouvertes, on voyait des cicatrices n
moins caractéristiques, indices certains des poussées antérieures.

Chez la première des patientes, dont toutes les gommes étaient
avaient été exclusivement sous-dermiques au début, l'hydarthros
d'ailleurs indolente et ne gênant guère les mouvements, paraiss
ou disparaissait, augmentait ou diminuait alternativement, sa
qu'on pût toujours savoir exactement pourquoi.

Chez la seconde, les lésions étaient notablement plus graves: l'hy
darthrose était médiocre, mais la synoviale était épaissie et fo
gueuse; de plus, sans compter les ulcérations superficielles et pr
fondes, on constatait des fistules allant jusqu'au creux poplité, abo
tissant à des clapiers irréguliers, ou conduisant le stylet jusqu'
fémur; une suppuration abondante et fétide en sortait, non sans ca
ser une véritable septicémie chronique. La malade gardait le
depuis plusieurs semaines et l'on craignait fort une altération pr
fonde de l'articulation tibio-fémorale nécessitant quelque grand
opération chirurgicale.

On attribuait naturellement tous ces désordres à une chute sur l
genoux, sans songer qu'ils avaient déjà été constatés à des époqu
antérieures et avaient guéri spontanément. A peine est-il besoin d
dire que l'usage du membre était tout à fait aboli, et que, de temp
en temps, survenaient des souffrances assez vives.

Je reconnus sans grand'peine la nature des lésions et j'obtin
bientôt du mari des aveux complets.

J'instituai le traitement sans rien dire; il comprenait l'usag
intérieur du protoiodure d'hydrargyre (5 centigrammes), l'iodure d
potassium, 1 gramme par jour, les injections détersives, les bain
de sublimé, un bon régime, etc. En deux mois la cure était com
plète; tout était fermé, sans issue d'aucun séquestre et le membr
...nçait à reprendre ses fonctions.

J'ai revu depuis cette dame ; grâce à la persévérance avec laquelle elle a suivi son traitement, elle est aujourd'hui aussi bien guérie que possible.

En 1876, je montrai à ma clinique de la Pitié une femme atteinte d'une affection péri-articulaire du genou. Deux larges ulcérations à contours circulaires, un peu irréguliers, occupaient toute l'épaisseur du derme et reposaient sur une base épaisse fortement indurée ; leur fond était rempli par une eschare jaunâtre ressemblant à de la peau de chamois ramollie et dont l'aspect est, comme on sait, tout à fait caractéristique ; il s'agissait de gommes en voie d'élimination.

La malade niait tout antécédent, mais elle avait eu trois mois auparavant des douleurs ostéocopes et un mois plus tard, à l'avant-bras, une tumeur du volume d'une noix, qui avait disparu spontanément.

Je fis, à ce propos, une leçon clinique dans laquelle je rappelai les différents cas que j'avais déjà observés [1].

Il y a deux ou trois ans, j'ai vu encore avec mon ancien collègue d'internat, le Dr Bastien, un cas difficile de fistule ossifluente de la partie inférieure de la cuisse chez un homme fort et vigoureux, d'une soixantaine d'années. Le trajet, situé à la face externe du membre, s'enfonçait vers la ligne âpre du fémur et suppurait abondamment ; le stylet arrivait jusqu'à l'os sans constater de dénudation. Les douleurs étaient minimes, mais la gêne dans les mouvements assez notable, comme si l'articulation avait participé au travail morbide. On avait employé force onguents et des injections variées sans le moindre succès. La marche du mal, son début insidieux, l'aspect de l'ulcération située à l'orifice de la fistule, la résistance à une thérapeutique raisonnable chez un sujet robuste, me firent soupçonner une gomme périostique suppurée et une fistule consécutive. La réussite prompte du traitement spécifique se chargea de confirmer mon hypothèse.

J'accumule ces faits parce que, si l'on en croyait les auteurs, les arthropathies d'origine syphilitique seraient rares. Pour ma part, j'en ai rencontré assez d'exemples pour y penser de suite dans les cas où je ne retrouve pas nettement les caractères des ostéo-arthrites tuberculeuses ou rhumatismales. Ce diagnostic exactement porté m'a

1. Voir *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, sept. 1876, t. XLVII, p. 298. On trouvera l'indication d'autres faits à l'article JOINTS (*Syphilis of*) de l'*Index-Catalogue*, t. VII, p. 275.



: ami, le Dr Louis Moreau, a fait de la question précé-
ι de sa thèse inaugurale[1]. Il y rapporte cinq obser-
·elles, et les ajoutant aux miennes, s'efforce de tracer
ın des gommes des bourses séreuses.
observations[2] :

— Gomme de la patte d'oie consécutive à une chute sur le genou.

ne de trente-quatre ans, entrée à la Pitié, salle Saint-
14, le 21 juin 1873; bien constituée, ne se rappelle pas
eu d'accidents primitifs syphilitiques, ni maux de gorge
ni chute de cheveux, ni éruption à la peau. Elle se sou-
nent que, vers l'âge de quatorze ans, elle éprouvait de
uleurs de tête. Étaient-ce des céphalées syphilitiques?...
plus tard, par deux fois, elle accoucha avant terme, d'en-
s, et ces avortements ne reconnaissaient aucune cause
:. Depuis, de trois enfants qu'elle eut, deux moururent
.
intenant d'autres faits qui paraissent des indices au moins
oles de syphilis constitutionnelle :
-quatre ans, cette femme reçut au tiers inférieur de la
coup de pied de cheval, léger sans doute, puisqu'il ne
ι garder le repos que cinq ou six jours à peine. Mais deux
ès, apparurent au point contus de petites tumeurs, qui
connues pour des gommes syphilitiques, et qui disparurent
traitement spécifique prolongé pendant trois semaines.
d, les gommes reparurent, et, cette fois, s'ulcérèrent; la
rentra à l'hôpital, et derechef fut guérie par l'iodure de po-
, continué durant un mois.
ive à l'état actuel : il y a trois mois, X... fit une chute sur le
, et, six semaines après, apparut vers le côté interne, dans la
ι de la patte d'oie, une grosseur qui augmenta et gêna de plus

[1] L. Moreau, *Des affections syphilitiques des bourses séreuses*, thèse de
. Paris, 8 août 1873.
[2] Les observations I et II sont empruntées à mon mémoire, on les a lues plus haut.

[illegible]

. quittant le malade, M. Verneuil aperçoit une croûte de la lar- l'une pièce d'un franc, bleuâtre, entourée d'un liséré rouge ., superficielle, ovale, à grand diamètre transversal, siégeant eau de l'articulation chondro-costale de la 9e côte. Le malade ie qu'il y a une quinzaine de jours, il lui est venu là un tout bouton qu'il a écorché et qui s'est étendu peu à peu; c'est stement une plaque de rupia.

cataplasmes, appliqués les jours suivants, font tomber la . qui laisse à découvert une ulcération qu'on panse avec le rap de Vigo.

22, l'ulcération costale est guérie, il n'en est pas de même de e la malléole, qui reste encore longtemps stationnaire, malgré itre de Vigo, l'iodure de potassium et les cautérisations au d'argent. La cicatrisation n'est complète que le 10 juin. Le e sort guéri le 15 du même mois.

V. — *Tumeur syphilitique siégeant à la face plantaire l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. — ération consécutive simulant un mal perforant et ne rissant que sous l'influence du traitement spécifique.*

., trente-trois ans, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 27, le ai 1873. Cet homme, d'une assez bonne constitution, a toujours d'une excellente santé, troublée seulement par des accidents litiques. A vingt-six ans, il contracta un chancre de nature tante, qui fut suivi d'accidents secondaires non équivoques, ie, roséole, etc. Un traitement spécifique fut institué; mais, nt été suivi que pendant deux mois, il fut insuffisant. En janvier , l'inflammation s'empara d'une bourse séreuse, située au- ous d'un cor, sur la face dorsale du petit orteil gauche. Il se ia à ce niveau une sorte de mal perforant pour lequel on pra- a l'amputation de l'orteil; la guérison fut obtenue en trois ou tre semaines.

eux mois après ce nouvel accident, inflammation à la face plan- e de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, s ulcération. Celle-ci s'agrandit lentement, car elle mit plus ne année à acquérir les caractères qu'elle présentait au moment l'entrée du malade à l'hôpital, à cause surtout de la difficulté de marche.

La cicatrice du moignon du petit orteil est parfaitement régulière. la plante du pied, là où avait existé un cor, on trouve une ulcéra-

tion de 0m,03 environ de diamètre, à bords rouges, taillés à pic, décollés, à fond grisâtre, sanieux, et entourée d'une aréole rougeâtre. A la partie centrale de l'ulcération, existent encore quelques points de tissu mortifié. L'exploration par le stylet ne fait sentir aucune dénudation osseuse.

En raison de l'accident précédent, pour lequel l'amputation de l'orteil avait eu lieu, on était porté à croire qu'il s'agissait d'un simple mal perforant, récidivant, comme c'est l'ordinaire[1]. Mais, vu les caractères objectifs de l'ulcération et les antécédents, on diagnostique une gomme ulcérée siégeant dans la bourse séreuse, située à la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Dès lors, on administre le traitement suivant : iodure de potassium, 2 grammes; protoiodure de mercure, 5 centigrammes; sparadrap de Vigo sur les ulcérations.

La guérison marcha progressivement; elle était complète en moins d'un mois; le malade put sortir le 18 juin[2].

Obs. VI. — *Gomme d'une bourse séreuse de la paume de la main. Guérison par le traitement spécifique.*

B..., garçon d'amphithéâtre, vient à La Pitié en mai 1873, consulter pour ce qu'il appelle un clou, siégeant à la paume de la main, au niveau du deuxième métacarpien.

Ce prétendu clou présente l'aspect d'une petite tumeur, de la forme et du volume d'une noisette coupée en deux, dont on aurait posé une des moitiés en ce point. Elle est lisse, uniformément rouge, à base indurée, non douloureuse, excepté au centre où elle est plus molle qu'ailleurs; elle est venue sans cause appréciable. M. Verneuil pensa d'abord qu'il y avait un corps étranger, car il remarquait au centre une petite croûte; mais B... lui dit qu'il s'était fait lui-même cette plaie, qui, sans s'agrandir, ne présentait aucune tendance à la cicatrisation. Ce n'était pas non plus un tubercule résultant d'une piqûre anatomique.

1. Et ce pouvait être, en effet, un mal perforant; mais il faudrait ajouter, dans ce cas, une épithète, et dire *mal perforant syphilitique*, comme on dit *roséole*, *ostéite syphilitique*. Il se peut que le mal perforant, dont c'est bien là une description, soit une *affection générique*, dont les *espèces*, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, c'est-à-dire thérapeutique, restent à déterminer. — L.M.

2. Voir à la fin du chapitre une note intitulée : *Syphilis tertiaire des gros orteils simulant un mal perforant double.*

En attendant un diagnostic précis, on ordonna l'application de iplasmes et de teinture d'iode. Le mal resta stationnaire. sieurs incisions au bistouri ne donnèrent issue qu'à un peu de ig. Considérant que, normalement, les manouvriers présentent, point en question, une bourse séreuse sous-cutanée, que le et était en pleine syphilis tertiaire (l'interrogatoire, la coïncidence ne périostose du tibia avec douleurs ostéocopes, ne laissaient un doute à cet égard), M. Verneuil pensa qu'il s'agissait d'une ime syphilitique siégeant dans une bourse séreuse. Il prescrivit, conséquence, des frictions sur la tumeur avec l'onguent napoli-i, et, à l'intérieur, 1 gramme d'iodure de potassium par jour. mal qui, jusqu'alors, était resté stationnaire, s'améliora peu à , et au bout de trois semaines B... était guéri.

s. VII. — *Tumeur fongueuse de la bourse séreuse olécranienne. Incision. — Ulcération de la plaie. — Syphilis douteuse. — Guérison par le traitement spécifique.*

I. P..., trente-quatre ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle int-Louis, n° 17, le 17 juillet 1873.

Cet homme présente, à la partie supérieure de l'olécrâne droit, petite tumeur du volume d'une noisette, ulcérée à son centre, de ration rouge violacé, peu douloureuse au toucher.

Le début de cette tumeur remontait à huit ans, C'était alors petit bouton survenu sans cause connue. N'éprouvant aucune e, P... ne s'en occupa pas. Peu à peu, cependant, elle augmenta volume, devint douloureuse; il y eut de l'œdème de voisinage; malade consulta alors, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, médecin qui, trouvant de la fluctation, fit une incision : il sortit pus mélangé à du sang; le gonflement diminua, mais la plaie, ieu de se cicatriser, s'ulcéra.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, l'œdème circonvoisin t un peu diminué, mais non la tumeur : celle-ci présentait, à son nmet, une ouverture arrondie; la peau était décollée au pourtour la plaie, qui donnait issue à des fongosités. L'exploration avec tylet ne révélait aucune dénudation osseuse.

La présence d'une bourse séreuse en ce point, l'inutilité du trai-ent antiphlogistique avant et après l'incision, la longue durée mal, l'analogie frappante qui existait entre cette lésion et celle la malléole chez le malade de l'observation IV, firent penser il s'agissait là aussi d'une tumeur fongueuse tertiaire de la

séreuse. Interrogé au point de vue de la syphilis, le malad avoua qu'il avait eu, en 1858, un chancre du méat avec blennorrhagie. Depuis, il n'a jamais suivi de traitement antisyphilitique, et pourtant il n'a jamais eu d'accidents qu'on puisse rapporter à la syphilis. Les renseignements sont donc un peu moins précis que dans les cas précédents. Néanmoins, le traitement vint confirmer l'hypothèse de syphilis; car l'emplâtre de Vigo, appliqué localement, e l'iodure de potassium, donné à l'intérieur, amenèrent une amélio ration rapide.

Le 24 juillet, la tumeur avait diminué considérablement d volume, la douleur avait disparu, ainsi que l'œdème de voisinage et le malade pouvait reprendre son travail.

Une chose frappe après la lecture de ces observations : il y manque — et je ne me dissimule pas la valeur de l'objection, — il y manque dis-je, l'*examen histologique*.

Déjà M. Verneuil disait, dans son mémoire : « Quant à *la natur anatomique intime* de cette lésion, je n'en puis rien *dire*. *S'agit-i* d'une exsudation solidifiée dans la séreuse ou d'un épaississemen de la paroi elle-même avec ou sans effacement de cette cavité ? Je n saurais le décider. Il faut attendre que l'inspection directe tranch cette question ». Les observations IV, V et VII montrent qu quelques-unes de ces tumeurs, ouvertes au bistouri, contenaient d sang, du pus et des fongosités.

Quelque incomplètes que soient nos observations, elles apporten une confirmation à l'hypothèse de M. Verneuil, et suffisent à dé montrer l'existence des affections syphilitiques tertiaires des bours séreuses sous-cutanées et tendineuses, la possibilité de les dis tinguer d'affections qui les simulent, l'opportunité et surtout l'eff cacité du traitement spécifique.

Je vais maintenant tâcher d'établir ces divers points par un analyse plus détaillée.

Je tirerai d'abord les éléments du diagnostic de trois sourc distinctes :

1° Les renseignements fournis par les affections antérieures o contemporaines;

2° Les caractères de celles que le malade présente actuellement

3° L'influence du traitement spécifique.

A. — *Affections syphilitiques antérieures ou contemporaines.* — Dans tous les faits que je rapporte, les malades avaient été ou étaient encore évidemment sous l'influence de la vérole constitutionnelle depuis un laps de temps assez considérable, cinq ans (Obs. II, V), dix ans (Obs. I), vingt ans (Obs. III), et même quarante ans (Obs. IV). — Divers accidents antérieurs, chancres indurés, engorgements ganglionnaires, angines, plaques muqueuses, éruptions caractéristiques (Obs. V, VI); avortements sans cause appréciable, gommes (Obs. III), et aussi parfois des manifestations actuelles, exostoses, douleurs ostéocopes (Obs. VI), rupia (Obs. IV), — ne laissent aucun doute à ce sujet.

J'insiste à dessein : 1° sur l'antériorité généralement considérable de l'accident primitif, 2° sur la physionomie tardive des accidents concomitants; car je n'ai pas seulement voulu démontrer la nature syphilitique, mais encore le caractère tertiaire de certaines lésions des bourses séreuses.

Je sais de quelle circonspection il convient d'user dans cet ordre d'hypothèses : on devra se mettre en garde contre le dire des malades qui nient souvent par ignorance ou dissimulation. On devra les examiner avec le plus grand soin, et ne tenir aucun compte de leurs dénégations, en présence d'accidents encore existants ou de traces cicatricielles d'un caractère évidemment syphilitique.

Mais craignons aussi l'écueil contraire, qui consiste à déclarer syphilitique tout accident d'origine obscure, survenu chez un sujet syphilitique. Dans ce cas, la physionomie de l'accident, l'époque de son apparition, sont des signes d'une grande valeur, très propres à éclairer le diagnostic. Bref, il est bon de n'être à cet égard ni plus ni moins sévère que pour d'autres cas où la nature de la maladie n'est point mise en doute.

B. — *Caractères intrinsèques de l'accident.* — Le siège et la forme de la tumeur, qui sont ceux d'une bourse séreuse normale ou accidentelle; le volume, qui varie de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule; le développement, le plus souvent spontané (Obs. IV, V, VI, VII), quelquefois provoqué par une compression ou une violence quelconque (Obs. I, II, III), mais toujours lent, — sont déjà des signes diagnostiques importants.

L'indolence, ou du moins la presque insensibilité; la consistance ferme, élastique, également éloignée de la mollesse fluctuante de l'hygroma et de la dureté de la périostose, de l'exostose ou de l'enchondrome; l'adhérence à l'os ou à la peau, la coloration de

celle-ci, tantôt normale (Obs. II, III), tantôt rouge, brune ou viol (Obs. I, IV, VII), l'ulcération, dont les bords sont taillés à pic, fond grisâtre, et l'exsudat sanieux (Obs. I, V, VI); dans quelques l'issue de fongosités à travers la plaie (Obs. IV, VII); l'absence dénudation osseuse (Obs. V, VII) et d'hyperostose (Obs. I); enfin symétrie notée dans un cas (Obs. II); la marche lente et la du toujours assez longue, complètent le cortège des caractères.

C. — *Influence du traitement spécifique.* — Plusieurs trai ments ont été antérieurement employés : le repos, les cataplasm les applications de teinture d'iode, l'incision au bistouri (Obs. VI), les cautérisations et même, dans un cas, l'amputation d' orteil qui était le siège du mal (Obs. V). Si l'on compare leurs r sultats lents, indécis, incomplets, avec ceux qu'a donnés l'emploi d frictions mercurielles, de l'emplâtre de Vigo, et surtout de l'iod de potassium à l'intérieur, on sera frappé de la supériorité de dernier traitement, même en l'absence de repos (Obs. II), et bonnes conditions hygiéniques (Obs. VI), ordinairement si néce saires à la guérison. Or, en général, le traitement des accidents te tiaires par l'iodure de potassium donne de tels résultats, que beau coup de médecins en font presque un spécifique et la pierre touche du diagnostic. Nous n'hésitons pas à le croire, car nous voyon par les observations précitées, que son emploi est inoffensif; qu' a donné, dans tous les cas, une amélioration rapide, et d'ordinai la guérison après cinq ou six semaines; qu'enfin, sans lui, no resterions à peu près désarmés devant ces accidents gênants, pa fois dangereux, toujours rebelles.

On pourra sans doute objecter que le succès de l'iodure de p tassium ne prouve pas nécessairement que l'accident soit syphilitiqu parce que ce médicament, en corrigeant un terrain syphilitiqu peut contribuer à guérir une maladie quelconque développée sur terrain. Mais encore, dans ce cas, cette médication serait recom mandable au point de vue pratique.

Il est difficile de confondre les accidents décrits dans les obser vations qui précèdent avec les inflammations aiguës, les épanche ments ou les phlegmons des bourses séreuses, qui ont, il est vra le même siège, la même forme et jusqu'au même volume, mais no pas la même adhérence. D'ailleurs, le début est plus brusque, l chaleur plus âcre, la sensibilité plus vive, la fluctuation plus mani

Enfin, le traitement spécifique est sans action.

Avec les abcès froids, la confusion est plus facile : leur marche est plus lente, la réaction moins vive, et, si la suppuration s'établit, l'ouverture ulcérative donne parfois issue à des fongosités, et tout autour la peau revêt une teinte violacée ; mais les antécédents sont plutôt ceux de la scrofule. Le début coïncide fréquemment avec la convalescence de certaines maladies ou la période critique de quelques autres. Les bords de l'ulcère sont plutôt décollés que taillés à pic. Les antiscrofuleux réussissent mieux que l'iodure de potassium.

L'inflammation et l'hypertrophie de l'os ou du périoste, d'origine syphilitique, cèdent, j'en conviens, au traitement spécifique ; mais elles s'accompagnent de douleurs vives, ne présentent pas la même résistance élastique, ne rappellent pas aussi exactement le siège et la forme de la bourse séreuse, et enfin, s'il s'ensuit une ulcération, le stylet arrive sur une surface osseuse dénudée.

Les hématocèles et les kystes à grains riziformes se reconnaissent : les premiers, à une ecchymose périphérique très fréquente au début, et tous deux à une certaine crépitation perceptible à la palpation, et due au frottement des caillots sanguins ou des grains riziformes. S'ils s'ulcèrent, le contenu qui s'échappe fournit un nouveau caractère différentiel.

Sera-t-il aussi facile de faire la distinction avec le fongus des bourses séreuses et le mal perforant? Non, sans doute. Mais, précisément, ainsi que je l'ai remarqué (Obs. V), il s'agirait de savoir si cette distinction est toujours à faire et si les altérations décrites sous ces noms ne sont pas des affections génériques de plusieurs espèces, parmi lesquelles l'espèce syphilitique[1].

[M. Moreau s'attache ensuite à démontrer que l'affection qu'il vient de décrire est bien engendrée par la syphilis. Il n'y a rien

1. « Alors qu'il est évident que l'ulcère cutané (mal perforant) n'est qu'un symptôme susceptible d'accompagner plusieurs lésions, doit-on s'efforcer de le conserver comme type d'une maladie particulière? Il semble que, d'après les données actuelles, cela est impossible. Je crois que, jusqu'à plus ample informé, on devra se borner à chercher la lésion dont il est la conséquence, et qu'on ne doit plus le considérer comme portant en lui-même sa caractéristique, ainsi que l'avait cru Leplat. ... L'étiologie ne peut pas être considérée comme unique » (E. Maurel. *Du mal perforant*, Thèse de doctorat, 1871, p. 57.)
Plus loin, M. Maurel semble nier l'influence des diathèses sur le mal perforant, et néanmoins il reconnaît que, « dans les cas d'ostéite, la forme se rapproche pourtant beaucoup de l'ostéite raréfiante syphilitique » (P. 59, *loc. cit.*)
Dès lors M. Verneuil n'a-t-il pas eu le droit, même en l'absence de l'ostéite, de supposer, dans l'observation V, la nature syphilitique de la lésion?

d'étonnant à voir la syphilis envahir les petites séreuses, quand les grandes séreuses et les synoviales ne sont pas à l'abri de ses atteintes. Il n'y a pas, au point de vue anatomique, de différence bien marquée entre les unes et les autres.

L'analogie qui existe entre les bourses séreuses et le tissu conjonctif dont elles dérivent explique encore pourquoi la gomme est la forme la plus commune de syphilis dans ces petites séreuses, puisque le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire est le lieu d'élection des tumeurs gommeuses. On peut encore invoquer l'efficacité du traitement, qui est la même pour toutes ces lésions.]

M. Moreau termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La syphilis semble envahir tous les tissus, et à tous les âges;

2° Les bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses présentent des affections syphilitiques secondaires et tertiaires;

3° Celles-ci sont reconnaissables à trois ordres de signes : *a*, antécédents et accidents concomitants; *b*, caractères intrinsèques; *c*, efficacité du traitement spécifique de la période *tertiaire*;

4° La réunion de plusieurs signes peut seule autoriser à poser hardiment le diagnostic;

5° En cas de doute, on doit faire l'épreuve du traitement spécifique; incapable de nuire sérieusement, il peut beaucoup servir, et, d'ailleurs, il n'y a guère autre chose à faire;

6° Ce traitement consiste en : 1° frictions avec l'onguent napolitain, ou compression avec des bandelettes de sparadrap de Vigo; 2° pilules de protoiodure de mercure de 0gr,05 (1 pilule par jour); solution d'iodure de potassium de 5 à 15 grammes pour 250 d'eau (1 cuillerée à soupe par jour).

7° Ce traitement amènera généralement une amélioration rapide et une prompte guérison [1].

1. Depuis la publication de ma première note et de la thèse de M. Moreau, j'ai observé encore quelque cas de syphilome des bourses séreuses; ils n'ont fait que confirmer mes opinions premières. Du reste je crois que cette forme d'affection tertiaire est devenue classique. — A. V. 1886.

SYPHILIS TERTIAIRE DES DEUX GROS ORTEILS SIMULANT UN MAL PERFORANT

François M..., cinquante ans, cuisinier, entre le 23 octobre 1883 à la Pitié, salle Michon, n° 13.

Homme de petite taille, très maigre. Pas d'antécédent morbides; croit n'avoir eu aucun accident syphilitique antérieur.

En 1865, ostéo-arthrite des articulations métatarso-phalangiennes des deux gros orteils, pour laquelle il aurait été immobilisé dans un appareil silicaté, et capable de reprendre son travail jusqu'à l'année dernière, où il fut soigné à Beaujon, pour l'affection qui l'amène aujourd'hui à la Pitié, et qu'on aurait alors qualifiée de mal perforant bilatéral pénétrant jusque dans l'articulation.

Sorti de l'hôpital à peu près guéri, il vit bientôt survenir la récis dive à la reprise de son travail.

Le 23 octobre on constate, des deux côtés, à la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, une plaque ulcérée, de la grandeur d'une pièce de deux francs à gauche, de cinquante centimes à droite, irrégulièrement arrondie, à bords non décollés, peu épais, grisâtres, à fond granuleux, mal détergé, recouverte de bourgeons charnus pâles. L'ulcération repose sur la tête du métacarpien, très manifestement tuméfiée; l'articulation, du reste fortement déviée, fait un angle très saillant en dedans. Indolence presque absolue. Pas de douleurs dans les membres inférieurs, et cependant pas de zone d'anesthésie autour des ulcères.

En présence de ces caractères, il y a lieu d'hésiter entre un mal perforant bilatéral et une double ulcération syphilitique; aussi, comme pierre de touche, on institue le traitement spécifique : 0gr,50 puis 1 gramme d'iodure de potassium à l'intérieur, pansement avec les bandelettes d'emplâtre de Vigo.

30 octobre. — Au bout d'une semaine, réduction notable et détersion complète des deux ulcérations, qui le 5 novembre sont complètement cicatrisées. Exeat les jours suivants.

ADÉNITE SYPHILITIQUE POST-PHARYNGIENNE[1]

J'ai eu l'occasion d'observer trois cas d'abcès post-pharyngiens chez des malades affectées d'angines syphilitiques.

Chez la première, il y avait une tumeur verticale, arrondie, soulevant la paroi postérieure et latérale du pharynx, enflammée, fluctuante et provoquant de vives douleurs. Néanmoins je ne l'incisai pas tout d'abord, craignant de rencontrer une des artères volumineuses qui rampent sur la paroi latérale du pharynx et de provoquer ainsi une hémorrhagie abondante. Lorsque par ses progrès la collection eut atteint la ligne médiane, j'y fis une incision, qui donna issue à une assez grande quantité de pus.

Chez la deuxième malade, on trouvait dans la même région une tumeur à fluctuation douteuse et dont l'émission ne fournit qu'une petite quantité de pus épais et visqueux.

Enfin la troisième malade a été vue seulement une fois à la consultation. Elle présentait aussi sur la paroi latérale et postérieure du pharynx une saillie verticale se déplaçant facilement sous le doigt, et qui offrait les caractères que j'avais déjà constatés au début du mal chez mes deux autres patientes.

D'après la marche et les caractères de ces abcès post-pharyngiens, je pense qu'ils siègent dans un ganglion et constituent ainsi une adénite, une sorte de *bubon post-pharyngien.*

Il fallait, pour confirmer cette opinion, rechercher si, normalement, il existe des ganglions dans cette région. Or, Sappey dit précisément qu'il y a un ganglion de chaque côté de la paroi postérieure du pharynx et j'ai pu moi-même vérifier l'exactitude du fait.

Cette innocente petite communication souleva les protestations de deux de mes collègues, Cullerier et Alph. Guérin. Le premier accorda qu'à la rigueur on pouvait rencontrer des abcès post-pharyngiens chez les syphilitiques comme chez les autres individus, mais

1. *Bull. de la Société de chirurgie*, 21 mai 1863, 2e série, t. IV, p. 200. — Le terme *d'adénite rétro-pharyngienne* conviendrait mieux.

l n'admit pas qu'il s'agit alors de bubons symptomatiques de mani-
estations syphilitiques de la tête et de la face, par la raison que les
dénites secondaires ne suppurent pas, ou qu'en cas de suppuration
n trouve le ganglion nageant dans le pus.

De son côté, Alph. Guérin contesta résolument l'existence des
anglions post-pharyngiens et la possibilité de leur inflammation
t surtout de leur suppuration dans la syphilis constitutionnelle.

Je maintins mes assertions et j'affirmai en particulier que lors-
u'il existe une ulcération secondaire, les ganglions peuvent fort
ien suppurer. Plusieurs fois depuis, j'ai eu la confirmation de cette
pinion. Chez les scrofuleux, en effet, il n'est pas très rare de voir
inflammation suppurative s'emparer des ganglions cervicaux et
nguinaux engorgés à la suite de chancre infectant ou d'accidents
econdaires.

L'existence des ganglions postéro-latéraux du pharynx n'est plus
ujourd'hui contestée par personne, pas plus que la possibilité de
eur envahissement par divers processus morbides (1886).

TUMEURS GOMMEUSES DE LA RÉGION INGUINALE[1]

Syphilis ancienne. — Nécrose du calcanéum. — Extraction du séquestre, puis amputation de la jambe. — Guérison. — Formation d'une tumeur au pli de l'aine correspondant. — Ramollissement et ouverture de cette tumeur. — Ulcération envahissante. — Dénudation de l'artère fémorale. — Fissure du vaisseau. — Hémorrhagie mortelle. — Autopsie.

Commentaires et remarques sur : l'adénopathie syphilitique tertiaire; l'influence des lésions traumatiques sur les états diathésiques; les névralgies traumatiques; le phagédénisme; la dénudation et la rupture des vaisseaux.

Vand..., cinquante-trois ans, tailleur, entre à l'hôpital Lariboisière le 20 janvier 1870, pour une altération du calcanéum gauche.

C'est un homme de taille élevée, intelligent, courageux, qui a toujours été assez chétif et a souffert une partie de sa vie. Il présente sur différents points du corps des traces de lésions osseuses antérieures. Sur les côtés du thorax, au niveau de l'omoplate droite, on voit des cicatrices déprimées, vestiges de trajets fistuleux qui ont suppuré très longtemps et donné issue à des parcelles osseuses. La mâchoire inférieure est également déformée par suite de la chute de quelques séquestres. Ces lésions osseuses, au dire du malade, remontent à une époque fort éloignée, de sorte qu'on ne saurait guère décider si elles ont appartenu à la scrofule ou à la syphilis.

Vand... avoue avoir eu des affections vénériennes dont il ne peut préciser la nature; d'un autre côté, une enfance et une jeunesse maladives plaident tout autant pour la diathèse strumeuse.

L'affection du pied remonte à plus d'une année; elle a été très douloureuse au début et pendant quelque temps, puis les souffrances se sont apaisées, surtout depuis la formation d'abcès qui

1. *Arch. gén. de méd.*, octobre 1871. — J'appelle l'attention sur la date de ce mémoire. Déjà en 1863, 1867, 1869 et 1870, directement ou par la plume de mes élèves MM. Clipet et Péronne, j'avais soulevé quelques points relatifs aux rapports du traumatisme et de la syphilis. Dans le modeste petit travail d'octobre 1871, je pose de nouvelles questions dont la plupart ont été résolues depuis.

il n'admit pas qu'il s'agit alors de bubons symptomatiques de manifestations syphilitiques de la tête et de la face, par la raison que les adénites secondaires ne suppurent pas, ou qu'en cas de suppuration on trouve le ganglion nageant dans le pus.

De son côté, Alph. Guérin contesta résolument l'existence des ganglions post-pharyngiens et la possibilité de leur inflammation et surtout de leur suppuration dans la syphilis constitutionnelle.

Je maintins mes assertions et j'affirmai en particulier que lorsqu'il existe une ulcération secondaire, les ganglions peuvent fort bien suppurer. Plusieurs fois depuis, j'ai eu la confirmation de cette opinion. Chez les scrofuleux, en effet, il n'est pas très rare de voir l'inflammation suppurative s'emparer des ganglions cervicaux et inguinaux engorgés à la suite de chancre infectant ou d'accidents secondaires.

L'existence des ganglions postéro-latéraux du pharynx n'est plus aujourd'hui contestée par personne, pas plus que la possibilité de leur envahissement par divers processus morbides (1886).

arrêta les progrès avec le sulfate de quinine administré dès le lendemain.

Bien qu'on eût amputé dans un point où les parties étaient très saines et qu'on eût fait un pansement très peu irritant, le moignon s'enflamma dans l'étendue de près de 10 centimètres. Le sommet du lambeau antérieur se sphacéla, et à plusieurs reprises des fusées durent être ouvertes et drainées. Les os se découvrirent et pendant longtemps le moignon eut un fort triste aspect.

Heureusement les accidents généraux ne furent point en rapport avec ce mauvais état local, et la fièvre traumatique tomba rapidement. Les élèves du service firent avec un soin et un zèle extrêmes les pansements les plus minutieux, de sorte que peu à peu les lambeaux revinrent prendre leur place et recouvrirent presque entièrement les extrémités osseuses, il ne fallut pas moins de cinq mois pour achever cette cicatrisation.

Au mois de septembre, Vand... avait regagné des forces et du courage; il se tenait assis sur une chaise et on avait pris mesure pour une jambe artificielle. L'appétit était passable, les digestions bonnes, tout faisait espérer une guérison complète, car le moignon n'était plus douloureux, et la plaie, large à peine comme une pièce de un franc, était recouverte d'une croûte.

Dans les premiers jours d'octobre, Vand... se plaignit d'une légère douleur dans l'aine, avec difficulté à étendre la cuisse. Cette région avait été explorée à diverses reprises avant l'amputation, et pendant la cicatrisation du moignon, on n'y avait jamais rencontré d'adénopathie. Cette fois on reconnaissait, vers la base du triangle de Scarpa, trois ganglions engorgés, du volume d'une noisette, durs et sensibles au toucher, mais sans changement de couleur à la peau. Des badigeonnages avec la teinture d'iode furent prescrits.

N'attachant guère d'importance à ce phénomène, je n'en suivis tout d'abord la marche qu'à d'assez longs intervalles; or, loin de disparaître, l'engorgement ganglionnaire ne fit que s'accroître, lentement il est vrai, mais sans interruption. Les ganglions commencèrent à se réunir et formèrent une masse qui, au bout du mois, remplissait toute la portion crurale du pli de l'aine et faisait au-dessus des parties voisines une saillie de 3 à 4 centimètres.

Cette masse était fixe, dure à la circonférence, rénitente plutôt que fluctuante au centre, plus douloureuse spontanément qu'à la pression; la peau, rouge et épaisse, y adhérait; mais ce changement de couleur et de consistance pouvait être attribué à l'action de la teinture d'iode et d'une série de vésicatoires volants. La cuisse était

lans la flexion et l'abduction permanentes, et ne pouvait changer 'attitude; on ne percevait rien dans la fosse iliaque ni du côté des aisseaux fémoraux; les douleurs s'irradiaient jusqu'au genou.

Le début dans les ganglions, la lenteur de la marche, l'absence de hénomènes inflammatoires aigus, l'indolence relative, le défaut l'œdème et l'obscurité de la fluctuation, me firent diagnostiquer une dénite chronique comme les scrofuleux en offrent si souvent et qui estent parfois des semaines et des mois à l'état stationnaire.

Pour accélérer toutefois la suppuration, qui semblait inévitable, e fis supprimer toutes les applications résolutives et employer uniquement les cataplasmes. Au bout de quelques jours la peau était détergée; elle restait néanmoins d'un rouge livide et s'amincissait notablement en deux points. Pour vider d'un seul coup le foyer tout entier, je différai l'ouverture jusque vers le milieu du mois de novembre. Le bistouri eut à traverser au moins un centimètre de parties molles résistantes avant d'atteindre la collection, et je vis, non sans surprise, sortir au lieu de pus une sérosité noirâtre assez épaisse, mélangée de sang et d'une fort minime proportion de pus. Ayant vu maintes fois le contenu des bubons modifié de la même manière par e traitement abortif (vésicatoires et teinture d'iode), j'attribuai à cette circonstance l'aspect particulier du liquide et ne songeai nullement, il faut l'avouer, à changer mon diagnostic.

L'incision n'apporta presque aucune modification aux caractères e la tumeur. Il s'était écoulé un demi-verre de liquide environ. Le lume total de la masse solide en fut un peu diminué, mais ni à ce oment ni les jours suivants on ne constata un véritable affaissement des parois du foyer; celui-ci restait béant. Les lèvres de l'incision ne présentèrent de tendance ni à la réparation ni à la réunion, et la teinte livide de la peau persista; les douleurs elles-mêmes mblèrent plutôt s'accroître que se calmer.

Les jours qui suivirent, la cavité fournit une quantité considéble d'un liquide sanieux, ténu, qui, inodore au début, prit bientôt ie odeur infecte, par suite de son mélange avec l'air qui s'introisait et séjournait tout à l'aise dans la cavité béante. Des injecns désinfectantes de toutes sortes furent poussées plusieurs fois r jour et sans succès. Je pris alors le parti d'agrandir l'orifice ur mettre à nu et panser convenablement le foyer. Deux applicans successives de pâte de Vienne furent nécessaires pour détruire paroi antérieure de la poche dans l'étendue de 3 centimètres. On it voir alors le fond de l'ulcération. Il était inégal et recouvert une pulpe grisâtre très adhérente. Des pansements réitérés avec

les liquides détersifs : liqueur de Labarraque, eau phéniquée, teinture d'iode étendue, parvinrent à changer peu à peu cette apparence mauvaise; vers le 15 décembre, l'état local était assez satisfaisant. La cavité était très réduite, les bords affaissés avaient repris la coloration naturelle de la peau. L'ouverture n'avait guère plus de 0m,04 dans ses divers diamètres, on voyait presque partout des bourgeons charnus un peu pâles, mais d'assez bonne nature. La veine saphène, dénudée dans les trois quarts de sa circonférence, indiquait la profondeur à laquelle l'ulcération était parvenue.

L'état général était moins rassurant, bien que les douleurs aient presque entièrement cessé. Le sommeil était presque nul, l'anorexie complète, le dégoût invincible pour la viande et toute alimentation réparatrice. Une toux sèche très rebelle fatiguait le malade, qui sous une apparence de calme cachait un découragement profond. Tout fut tenté, les boissons amères, le quinquina, la pepsine, la glace en fragments, etc. Rien ne put relever les forces digestives. Nous touchions d'ailleurs à cette période du siège où les ressources alimentaires de nos hôpitaux devenaient rares et peu variées : aussi le changement favorable de l'ulcère ne tarda pas à se démentir. Le travail de destruction reprit sa marche dans tous les sens; vers le 25 décembre et du jour au lendemain, la veine saphène, qui formait, comme je l'ai dit, un cordon cylindrique rosé au fond de la plaie, disparut, ne laissant plus comme traces que deux moignons grisâtres distants de 0m,03. L'enduit pultacé reparut presque partout, les bords, devenus plus minces, se décollèrent et présentèrent un contour festonné; en même temps nous constatâmes à 0m,04 en bas et en dehors de la plaie un bouton discoïde occupant les couches superficielles du derme et recouvert d'une croûte sèche. Il était dur, insensible au toucher, très régulièrement rond et mesurait 10 à 12 millimètres de diamètre. Il changea rapidement d'aspect. Sa face libre, convexe au début, se déprima au centre et s'éleva à la circonférence en forme de bourrelet circulaire; au-dessus de la mince croûte centrale une eschare se forma, qui en s'agrandissant détruisit toute la masse et finalement mit à découvert une ulcération de 4 à 5 centimètres de profondeur, à bords taillés à pic.

C'est alors seulement, qu'ayant sous les yeux un ulcère syphilitique évident, je portai enfin un diagnostic exact et reconnus dans la tumeur inguinale une gomme ulcérée. Le malade, qui avait conservé toute son intelligence, fut interrogé à nouveau sur la syphilis : ses réponses furent semblables aux premières, c'est-à-dire très vagues.

Nous étions à la fin de décembre; je prescrivis le traitement spé-

cifique, une pilule de protoiodure de 5 centigrammes le matin, 1 gramme d'iodure de potassium le soir. Au bout de quatre jours, la gastralgie et la diarrhée forcèrent de suspendre le mercure, qu'on avait cependant associé à l'opium. L'iodure de potassium fut seul continué. Mais il fallut le supprimer à son tour parce qu'il semblait augmenter la toux, qui devenait de plus en plus gênante. L'auscultation, répétée de temps à autre, révélait cette fois comme toujours, aux deux sommets, des signes d'induration pulmonaire et en divers points de la poitrine des râles de bronchite. L'huile de foie de morue fut prescrite comme tonique et à titre d'aliment.

Sur ces entrefaites, un nouveau phénomène alarmant se montra du côté de la plaie. Toute la partie supérieure du triangle de Scarpa étant comme disséquée, on distinguait sans peine sur ses bords les muscles qui le limitent latéralement, et à son centre les vaisseaux fémoraux, la veine moins isolée que l'artère; celle-ci se reconnaissait à sa forme cylindrique, à sa rénitence, à ses battement visibles à l'œil et perceptibles au toucher. Elle semblait toutefois réduite d'un tiers environ dans son volume et, à en juger par la faiblesse des battements comparés à ceux du côté opposé, on pouvait la supposer ou rétractée ou obstruée par un caillot incomplet. En multipliant les pansements de façon à empêcher toute stagnation du pus ichoreux, nous parvînmes à déterger encore une fois la partie centrale de l'ulcère, de sorte qu'on vit très nettement le vaisseau dénudé dans l'étendue de cinq centimètres, libre dans toute la partie antérieure de sa circonférence et recouvert d'une couche de granulations d'assez bonne apparence.

Cet état se maintenant, j'eus l'espoir que les tuniques internes résisteraient et que la rétraction de la couche granuleuse pourrait peu à peu oblitérer le vaisseau dont le calibre, comme je l'ai dit, était sensiblement réduit. J'employai un topique qui m'a rendu de grands services contre le phagédénisme des plaies, c'est-à-dire la solution au vingtième de tartrate ferrico-potassique, et je prescrivis d'en répéter les applications sept à huit fois dans les vingt-quatre heures. Le pansement d'ailleurs était d'une facile exécution. A l'aide d'un pinceau de fine charpie on abstergeait doucement la surface, puis on touchait celle-ci avec la solution, enfin on remplissait la cavité avec des boulettes de charpie très molle, imbibées du même liquide. Tout cela était peu douloureux, sauf en un point du côté de l'artère et dans l'angle supérieur de la plaie.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au 13 janvier, sans autre modification qu'une diminution progressive des forces et l'apparition de la

fièvre vers le soir. Ce jour-là, les craintes d'une rupture artérielle ne deviennent que trop sérieuses. En faisant moi-même le pansement, je vis d'abord la charpie teinte d'un peu de sang, puis dans l'angle supérieur de l'ulcération j'aperçus un petit caillot noirâtre du volume d'une noisette; enfin je constatai la mortification de la couche granuleuse qui protégeait et recouvrait l'artère. Cette mortification était limitée à la moitié supérieure de la portion dénudée; là, les bourgeons étaient affaissés et noirâtres. Le doigt appliqué avec la plus grande précaution percevait encore des battements, donc l'artère était perméable et en cas de rupture aurait fourni une hémorrhagie foudroyante. Bien que l'état général fût très mauvais, il me parut impérieusement commandé de lier le vaisseau pour obéir à l'indication formelle qui consiste à prévenir une hémorrhagie inévitable.

Pour plus de sûreté, je priai mon excellent ami et collègue le Dr Cusco de voir le malade avec moi; il partagea mon avis, et nous convînmes de pratiquer ensemble l'opération. Il était onze heures du matin. Des affaires pressantes nous appelaient l'un et l'autre au dehors, et rendez-vous fut pris pour deux heures plus tard. Afin d'ôter toute appréhension au malade, je lui expliquai qu'il s'agissait simplement de lier un petit vaisseau et non d'une opération. Il ne manifesta aucune émotion à ce sujet et s'il fut troublé, ce fut plutôt par une explication très amicale, qui provoqua ses larmes et le laissa joyeux et plein d'espoir. Je reviendrai sur cet incident en examinant la cause de la rupture vasculaire. Quoi qu'il en soit, le pansement fut remis en place. Le malade prit un petit potage et parut s'endormir. La religieuse du service, qui avait mission de le surveiller, ne quittait point les alentours de son lit; à midi moins un quart elle lui vit faire quelques mouvements convulsifs; il venait d'expirer.

Arrivé à une heure, j'examinai l'état des choses. Le pansement était à peine taché à sa partie antérieure, mais, au-dessous de lui, le sang s'était glissé vers le côté externe du pli de l'aine et formait un caillot dont la quantité totale n'excédait certainement pas 250 grammes.

Le lendemain, avant de faire l'autopsie complète, je voulus simuler la ligature. Je débridai la commissure supérieure de l'ulcère dans l'étendue de $0^m,03$ et je découvris la gaine artérielle. Elle était très épaissie, lardacée, intimement soudée à la paroi. La dénudation fut laborieuse et surtout le passage de la sonde cannelée; cependant je pus jeter un fil sur un point sain du vaisseau,

immédiatement au-dessous du ligament de Fallope. La seconde ligature, placée vers la commissure inférieure de l'ulcère, à la limite de la dénudation, fut posée au contraire sans difficulté. Voici du reste les particularités que me révéla l'autopsie, qui malheureusement ne put être aussi complète que je l'eusse désiré.

Le crâne ne fut point ouvert et l'état des parois artérielles des autres régions ne fut point examiné. Il en fut de même des lésions anciennes de la mâchoire et de la paroi thoracique.

La maigreur étant extrême, il fut aisé de s'assurer qu'il n'existait aucune tumeur cutanée, ni sous-cutanée, aucun engorgement ganglionnaire dans les autres régions superficielles du corps. Nulle trace d'œdème aux membres, pas même du côté opéré, alors pourtant que la veine inguinale était presque entièrement obstruée par un caillot.

La cavité péritonéale et les intestins sont tout à fait sains; la fosse iliaque gauche elle-même n'offre aucun vestige d'inflammation au voisinage des ganglions iliaques engorgés.

Le foie est petit, exsangue, flasque, sans ramollissement, mais il a les caractères de la lésion connue sous le nom de *foie muscade*. Au reste, point d'induration circonscrite, point de dépression cicatricielle, point de sclérose, rien en un mot qui révèle une ancienne hépatite spécifique.

Les reins sont plus altérés; ils sont petits, extrêmement pâles, très consistants, et parsemés çà et là de kystes assez volumineux, remplis de sérosité brunâtre.

Le cœur est petit, flasque, vide de sang; le poumon droit est fixé à la paroi thoracique, surtout vers le sommet, par des adhérences si nombreuses et si fortes, qu'on ne peut le détacher sans déchirure. On retrouve dans le lobe supérieur des cicatrices et des indurations multiples qui semblent attester l'existence antérieure d'une tuberculisation assez étendue.

Mêmes lésions à gauche; mais, de plus, épanchement séro-sanguinolent dans la partie inférieure et libre de la plèvre. Enfin, pneumonie très évidente des deux tiers inférieurs du poumon.

Cette complication, méconnue pendant la vie, devait être de date assez récente, car il n'y avait point encore d'hépatisation grise, mais seulement infiltration rouge, avec friabilité extrême du tissu pulmonaire. On retrouvait là les lésions de ces pneumonies ultimes, moitié hypostatiques (le malade était toujours couché sur le côté gauche) et moitié inflammatoires. La petite toux, si incommode depuis longtemps, était causée par l'état anatomique des

sommets et des bronches, dont la muqueuse était rouge et épaissie. Nous reviendrons plus tard sur le rôle de cette pneumonie.

Région inguino-crurale. — L'ulcération se retrouve avec les caractères que nous avons indiqués précédemment : son fond est constitué par les muscles et les vaisseaux; sa circonférence répond au tissu cellulaire sous-cutané légèrement induré par places; la peau, amincie, est décollée circulairement dans l'étendue de 1 à 2 centimètres. A la partie inférieure, l'ulcération communique, par un orifice étroit, avec une cavité spacieuse creusée dans les couches profondes du tissu cellulaire sous-cutané, et d'où s'échappe, par la pression, une certaine quantité de liquide filant semblable à de la synovie.

Une incision montre que cette cavité occupe le centre d'une tumeur aplatie, allongée, à grand axe parallèle à la gaine des vaisseaux fémoraux. Cette tumeur, peu régulière à sa circonférence et qui ne pourrait être énucléée, tranche pourtant sur les parties ambiantes par sa coloration d'un blanc rosé, et sa *consistance* très ferme; c'est évidemment une gomme en voie de ramollissement central. Malgré ses dimensions considérables ($0^m,05$ de long, $0^m,02$ de large et presque autant d'épaisseur), elle n'avait pas été reconnue pendant la vie à cause de sa situation profonde et de sa forme aplatie; $0^m,02$ plus bas on retrouve, dans les mêmes rapports avec l'aponévrose et la gaine des vaisseaux fémoraux, une autre tumeur tout à fait semblable, sauf le volume et le degré moindre de ramollissement central. Le tissu est plus ferme, plus blanc; le fluide visqueux, mais incolore et d'une transparence parfaite, est enfermé dans un certain nombre de petites cavités distinctes encore pour la plupart, et dont quelques-unes seulement sont fusionnées. Le ramollissement avait donc débuté simultanément en plusieurs points.

Une petite tumeur pisiforme, observée pendant la vie en dehors de la syphilide ulcérée, est immédiatement accolée à la face profonde du derme sans l'envahir. Elle est régulièrement sphérique, mais non énucléable. Son tissu est d'un blanc de lait, aussi résistant que celui d'un corps fibreux, sans trace de ramollissement.

Enfin une incision pratiquée sur la syphilide montre son fond reposant à nu sur le tissu adipeux et sa circonférence encore un peu renflée et indurée; il existe là un dernier vestige du bourrelet circulaire si facilement appréciable pendant la vie. Il s'agissait donc ici encore d'une gomme cutanée occupant les couches superficielles du derme.

glions lymphatiques. — En disséquant avec précaution les ts sur les bords de l'ulcère, on retrouve, en haut et sur les cinq ganglions inguinaux superficiels du volume d'un gros utère; trois ont conservé leur apparence et leur consis-turelles; les deux autres sont durs au toucher, et, à la n voit leur tissu remplacé par une masse fibroïde blanche, e, offrant exactement l'aspect de la petite gomme sous- décrite précédemment. On ne trouve aucune trace des s profonds par lesquels le mal a certainement commencé, t été détruits par le travail d'ulcération.

nglions iliaques externes forment deux groupes séparés vaisseaux du même nom : 1° immédiatement au-dessus de crurale et en dehors de l'artère, un ganglion du volume ite noix, de forme un peu irrégulière, ferme à sa circon-rénitent au centre; 2° plus haut, et en dedans de la veine, masse formée sans doute par la fusion de deux ganglions, longée, mesurant environ 0m,05, adhérant intimement à la neuse d'une part, et de l'autre, au périoste du détroit supé- bassin.

pe révèle dans ces ganglions la même structure que dans entes tumeurs de la cuisse, c'est-à-dire un tissu élastique, me, criant sous le scalpel, d'une coloration qui varie du at au blanc rosé. Au centre, une cavité irrégulière, anfrac-, remplie d'une humeur filante et transparente; le ganglion présente, à sa partie supérieure, une petite masse isolée, du d'un pois, non ramollie, et absolument identique à la sous-cutanée décrite plus haut, et aux ganglions inguinaux ltération commençait.

, nulle contestation possible sur l'envahissement des gan- iliaques et inguinaux par des productions gommeuses à l'état dité ou de ramollissement plus ou moins avancé. Plusieurs ents de ces productions, excisés pour l'examen microscopique, té par malheur égarés, mais l'exactitude du diagnostic n'a à en souffrir.

isseaux et nerfs. — L'artère iliaque externe est tout à fait . Elle fournit aux points accoutumés la circonflexe iliaque et igastrique. La dénudation de l'artère fémorale ne commence à 0m,02 du ligament de Fallope; mais dans ces deux centimètres gaine vasculaire prend l'aspect d'une tunique indurée inextensible, broïde, épaisse de plus d'un millimètre, adhérant d'une manière

intime à l'artère et à la veine, de façon à rendre fort malaisés l'isolement et le passage de la sonde cannelée pour la ligature.

Plus bas, au niveau de la dénudation, cette gaine s'est métamorphosée en couche granuleuse formant à l'artère une tunique de bourgeons charnus, épaisse d'un bon millimètre, qui se prolonge jusqu'aux limites inférieures de la dénudation; la gaine offre ici, comme en haut, une zone indurée, et reprend enfin ses caractères à quelques millimètres plus bas. C'est précisément la couche de bourgeons charnus qui s'est partiellement sphacélée dans l'étendue de vingt-cinq millimètres environ. De là, le ramollissement a gagné les tuniques propres de l'artère, qui présentent, à la partie antérieure, une fissure à bords ramollis, sans limitation bien précise, mesurant environ 3 ou 4 millimètres dans le sens longitudinal, et par laquelle l'hémorrhagie s'est faite. Cette fissure est très rapprochée des limites supérieures de la dénudation.

L'artère iliaque présente son calibre normal, ainsi que la fémorale à son origine. Mais, au niveau de la dénudation, nous constatons de la manière la plus évidente la diminution de calibre soupçonnée pendant la vie. Cette diminution porte non seulement sur le diamètre transversal du vaisseau entier, qui est réduit d'un tiers pour le moins, mais encore sur la cavité centrale réduite notablement par l'épaississement et le retrait concentrique des parois. L'espace réservé pour le sang est donc singulièrement rétréci par les changements susdits; mais ce n'est pas tout encore. En ouvrant avec précaution l'artère iliaque d'abord, puis la fémorale, on trouve un caillot qui commence à la bifurcation de l'iliaque primitive et se prolonge sans interruption jusque vers l'anneau du troisième adducteur, point où la pièce pathologique a été séparée. Ce caillot, dans l'iliaque, est un peu aplati, de $0^m,001$ environ d'épaisseur; il double au moins de volume au niveau de l'arcade crurale et dans toute l'étendue de la portion dénudée, et redevient enfin ténu et filiforme dans le reste de l'artère fémorale. Libre de toute adhérence en haut et en bas, il semble collé à la paroi au niveau de la partie dénudée.

Même différence dans sa coloration et dans sa consistance. D'un blanc jaunâtre, sec, tenace, élastique à ses extrémités, il est rougeâtre, friable, mollasse dans le point qui correspond à la perforation vasculaire. Ce caillot s'est évidemment formé pendant la vie, et, conjointement avec le rétrécissement, il modérait l'abord du sang dans le membre inférieur.

Un dernier détail a fixé mon attention; je veux parler de l'état des

ıı j'avais appliqué la ligature. Or, ces tuniques
plus friables peut-être que dans l'état normal,
ement supporté l'action du fil. Peut-être en eût-
la portion dénudée et recouverte de bourgeons
dartoïque était là moins épaisse et partiellement

ıeure siégeait précisément à $0^m,022$ au-dessous de
ue, à $0^m,012$ de la fémorale profonde, à $0^m,002$
us du tronc commun volumineux des honteuses

ieure était juste à $0^m,05$ de la supérieure, loin de
portante.
ofonde, volumineuse, ne renferme aucun caillot;
rétrécissement au niveau de son abouchement avec
ıteur.

iliaque externe est aplatie, rétrécie, déformée par
la tumeur ganglionnaire interne. La veine fémorale
l'artère et tellement réduite, qu'elle présente à peine
ıe grosse plume à écrire; ses parois sont épaissies et
mais non ramollies, même au niveau de la dénuda-
rrement de la veine se continue très bas à la cuisse.
fémoro-iliaque renferme aussi un caillot de date an-
rme dans le bassin, mais qui, à $0^m,02$ au-dessus de l'ar-
, acquiert assez de volume pour occuper au moins le
avité du vaisseau. Il grossit encore au niveau de la dénu-
mplit alors toute la lumière de la veine fémorale rétrécie.
n de cette dernière paraît complète et remonter à une
igaée. Des prolongements du caillot s'observent dans le
la veine saphène interne et à une distance de plusieurs
s dans les veines fémorales profondes; on retrouve là les
n équivoques d'une phlébite déjà ancienne, à laquelle se
peut-être une partie des douleurs accusées par le malade
point.
étails sur les veines m'ont paru d'autant plus intéressants,
s les observations de dénudation des gros vaisseaux, on n'a
ères.

ral n'a pas été examiné suffisamment, nous
la dénudation avec ramollissement putri-
, qui flottait presque librement au fond de

[illegible]

Ces [illegible], si l'on en juge par leur aspect, ont [illegible] dans l'ordre suivant : les ganglions inguinaux profonds ont été les premiers, puis les ganglions iliaques, puis les lymphatiques [illegible], puis les ganglions inguinaux superficiels. Les gommes et sous-dermiques ne se sont montrées que plus tard en dehors du système lymphatique, et à même le tissu conjonctif. La même [illegible] s'observe très souvent dans l'épithelioma et le cancer : les ganglions s'infiltrent d'abord ; après quoi, si le mal dure assez longtemps, on voit apparaître tout autour de la masse ganglionnaire une foule de petites tumeurs éparses dans le tissu conjonctif ou envahissant [illegible] couches de la peau. J'ai déjà pensé que ces tumeurs

raient bien siéger dans les réseaux lymphatiques. Quoi qu'il en une localisation reste bien démontrée; je veux parler de l'*adé-thie inguinale tertiaire.*

a consacré jadis un court chapitre aux tumeurs gommeuses du a l'aine[1]. Il en ressort que ces productions sont rares, qu'elles nt siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans l'épais- du cordon spermatique, qu'elles se rencontrent à l'état solide l'état d'ulcération, auquel cas elles pourraient être confondues l'ulcère scrofuleux ou le bubon chancreux, dernière erreur que eut-être commise.

lle part je ne signale le développement primitif dans les gan-s. Quelques faits auraient pu me faire songer à cette localisa-mais ils étaient publiés sous d'autres titres, et c'est aujourd'hui ment que je remarque leur analogie avec celui que je publie quel a du moins le mérite d'être concluant[2].

la vérité, les auteurs qui ont écrit le plus récemment sur la hilis parlent de l'adénopathie tertiaire comme d'une lésion com-e, mais ne publient pas d'observations comparables à la mienne. uelqu'un jugeait à propos de reprendre cette question, il trou-it des indications dans Salneuve, Desruelles, Virchow, Hut-son, Lancereaux, cités par Potain[3]. Rollet[4] en parle aussi en ant[5].

e qui est particulier à mon fait, c'est que la production tertiaire avahi le système lymphatique et les ganglions inguinaux d'un l côté, et précisément là où venaient aboutir les vaisseaux en port avec une région antérieurement lésée ou ayant subi des opé-ions. Il resterait à décider si l'engorgement ganglionnaire a été voqué par l'altération osseuse ou par les actes chirurgicaux; mais ponse est à peu près impossible, car cet engorgement est resté aperçu tant qu'a duré l'affection du calcanéum, et ne s'est montré me que longtemps après la cessation de tout accident inflamma-

1. *Dict. encyclop.*, t. II, 1865, art. AINE, p. 262, 286.

2. On trouvera ces observations équivoques aux sources suivantes : Potier, fection *cancéreuse des ganglions inguinaux*, etc. (*Bull. de la Soc. anat.*, série, t. XVII, p. 328; 1842. — Gosselin, *Adénite cancéreuse primitive Gaz. des hôp.*, p. 117, 1864). — Cahen (*Union méd.*, 1er octobre 1859 et janvier 1860).

3. *Dict. encyclop.*, art. LYMPHATIQUE, 2e série, t. III, 1870, p. 481 et 518.

4. *Même recueil*, art. BUBON, 1869, p. 275.

5. M. Dissandes-Lavillate, un de mes élèves, a récemment (août 1871) sou-nu sa thèse inaugurale sur l'adénopathie tertiaire. Malgré ses efforts, il n'a trouvé qu'un petit nombre de faits concluants. D'après lui, l'observation qui pré-cède est la seule jusqu'ici qui mette hors de doute l'altération gommeuse des ganglions lymphatiques sous-cutanés.

l'ulcération. Sans doute, cet état a contribué pour sa
frances déjà mentionnées.

L'observation qu on vient de lire est riche
offre encore plus d'intérêt peut-être par d
qu'elle soulève. C'est pourquoi j'en comme

A. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE —
ADÉNOPATHIE INGUI

La dissection de la pièce dém ... tenir une guériso
envahi plusieurs points distinc ... femme était dans l'ét
fonds; 2° les ganglions iliaque ... également un commenc
superficiels; 4° l'épaisseur ... a provoqué l'inflammati
cutané hors de la région ... sation. Rien pourtant ne révé
cutanés, il y a lieu mêm ... influence spécifique.
gomme à l'état de crud ... aller trop loin et innocenter la véro
ellipsoïdes, appliquées ... ues faits tendent à prouver que les opé
vaisseaux. ... vent échouer tant qu'un traitement spé
La situation, la ... itué. Nul n'ignore que la syphilis est une ca
croire qu'elles se s ... nsolidation des fractures. Il est donc légitime
si volumineux qui ... culté plastique ou réparatrice peut être attei
S'il en était ains ... olie en cas de vérole constitutionnelle. Malheureu
seaux lymphati ... état actuel de nos connaissances, nous ne savons
nouveau qu'o ... ment, ni pourquoi cette influence agit ou fait déf
meux. De n ... croyait même Chassaignac, l'empoisonnement sus
ment ce ge ... uisible, serait favorable en mettant les opérés à l'
secondair ... émie. Il faudrait bien des observations pour mettre
Ces di ... ette singulière immunité, mais, en somme, rien n'empê
dans l'o ... ître. Les faits que j'ai observés plaideraient même jus
les pr ... point en sa faveur, en prouvant pour le moins que
raux ... ues peuvent supporter sans réaction générale violente
et ... pérations.
sy ... le malade de Robert il est dit : « L'effet immédiat de l'o
si ... été de faire cesser les douleurs et les accès fébriles...
... sommeil est revenu, l'appétit est bon, le visage calme, il
... èvre traumatique. »
... général ne fut nullement en rapport avec
... locaux. Malgré le phlegmon du moignon

fièvre traumatique fut passagère.
…ature était à 37°,5; le soir elle
… 6, et enfin 40° dans la
…ur elle redescendit à
… trois jours, pour

…pas pris,
…t à fait
…tée sur ce
…ou la réaction
…is.
…iveau des plaies opé-
…ie a été plus anormale
…a, en effet, que s'est déve-
…s conséquences, la dénudation,
…t enfin l'hémorrhagie qui a ter-
…echercher dans les conditions géné-
…qui ont présidé à cette évolution; c'est
…brièvement que possible.

…AGÉDÉNISME DE L'ULCÉRATION TERTIAIRE.

…une tumeur gommeuse se forme et n'est point traitée en …opportun, elle s'accroît, se ramollit, s'ouvre par destruction …téguments et donne naissance à un ulcère dont les dimensions …cèdent guère celle de la tumeur et qui n'a que peu de tendance …accroître. Exceptionnellement, l'ulcération gagne promptement …profondeur et en largeur; cela s'observe en particulier au voile …palais; mais cette destruction rapide dure peu et se limite …tanément au bout de quelques jours. En somme, on peut dire …les ulcérations tertiaires présentent rarement la marche phagé…ique aiguë, et plus rarement encore la marche phagédénique …e et continue. Sous ce rapport, le cas de Vand... est donc une …eption.

Le phagédénisme est une complication redoutable qui peut enva… toutes les plaies et dont malheureusement les causes sont encore …l connues. On sait déjà que l'alcoolisme y prédispose. J'ai vu …ur ma part le diabète et le scorbut agir de même, et il est pro…ble qu'on arrivera à démontrer que cet accident ne se développe

toire du côté de la plaie d'amputation. On comprendrait que l'ostéite et les deux opérations aient provoqué une adénite simple allant même jusqu'à la suppuration, mais il est curieux de voir la lésion glandulaire prendre les caractères spécifiques de la période très tardive où la syphilis était arrivée.

Si l'adénopathie tertiaire est bien démontrée, en revanche nous savons peu de chose sur les conditions de son développement. Les médecins la disent fréquente dans les ganglions internes, mais les chirurgiens ne l'observent guère dans les ganglions sous-cutanés, malgré les cas très nombreux d'ostéites et d'ulcérations tertiaires, aux membres inférieurs surtout. Si les gommes ganglionnaires du pli de l'aine étaient moins rares et si elles subissaient l'évolution naturelle à ce produit, elles auraient été, sans nul doute, reconnues et décrites depuis longtemps.

Peut-être la syphilis peut-elle sévir directement sur le système lymphatique, mais rien ne prouve jusqu'ici que l'adénopathie tertiaire échappe à la règle très générale en vertu de laquelle les ganglions ne s'engorgent qu'à la suite d'une lésion locale développée dans leur sphère.

Le cas de Vand... ne fait point exception; mais ici surgit une difficulté. Trois lésions se sont succédé à l'extrémité du membre: l'ostéite du calcanéum suivie de nécrose, l'extraction du séquestre, et enfin l'amputation de la jambe. Laquelle des trois a provoqué l'irritation ganglionnaire et la néoplasie gommeuse? La réponse est d'autant plus difficile que l'adénopathie ne s'est montrée que fort tard, alors que toute inflammation avait cessé au second foyer opératoire, et que le transport de substances spécifiques puisées dans la plaie n'était plus admissible. On pourrait penser que les douleurs, la perte de sang, l'inflammation consécutive aux opérations ont épuisé le malade et favorisé le réveil de la diathèse. Mais cette hypothèse n'est guère vraisemblable, car la santé générale, au contraire, s'était considérablement améliorée, et nous paraissions toucher à la guérison complète. Pour expliquer ce fait singulier, je suis conduit à émettre une hypothèse, que j'appuierai du reste d'exemples pris dans l'histoire d'autres maladies constitutionnelles. La pathologie générale ne pouvant que gagner à ces rapprochements, j'exposerai quelques remarques qui, pour n'avoir pas encore pris place dans la science dogmatique, ne m'en paraissent pas moins dignes de la plus sérieuse attention.

. — DES LÉSIONS TRAUMATIQUES COMME CAUSES PROVOCATRICES DES MANIFESTATIONS DIATHÉSIQUES.

Je cherche depuis quelques années à préciser l'influence que les aladies constitutionnelles exercent sur la marche des lésions trau-atiques. La réciproque ne me préoccupe pas moins, et j'étudie rec autant de prédilection le rôle que les violences peuvent jouer ans le développement des manifestations réputées spécifiques ou ortant le cachet d'un état diathésique.

Certes, je n'attribue pas à une contusion, à une plaie ou à toute utre lésion accidentelle le développement du cancer, de la scrofule, le la syphilis, du rhumatisme, etc., mais j'affirme que, dans un très grand nombre de cas, la lésion traumatique, atteignant un sujet constitutionnellement affecté, fait naître au point où elle porte, ou même ailleurs, des explosions de la maladie générale en germe.

Les maladies constitutionnelles peuvent exister à l'état latent ou à 'état patent. Dans le premier cas, la lésion traumatique peut les éveiller ou les réveiller. Dans le second, elle peut les modifier tem-porairement en bien ou en mal.

Citons brièvement quelques exemples : un alcoolique jouit en ap-arence d'une excellente santé ; il se fracture le péroné, et bientôt clate une attaque violente de délirium tremens.

Un rhumatisant très valide tombe et se fait une luxation ; la dou-eur s'éveille, persiste opiniâtrement, s'irradie parfois à plusieurs rticulations, et si on examine la jointure quelques semaines ou uelques mois après, on constate les signes de cette lésion en uelque sorte spécifique décrite sous le nom d'*arthrite sèche*.

Un scrofuleux se heurte le genou ; survient une simple hydarthrose ; ais si on n'intervient pas, on constate, au bout de quelques emaines, une synovite fongueuse, parfois fort rebelle.

On a tour à tour exagéré et nié complètement le rôle de la contu-ion comme cause déterminante du cancer. Bien que rare, cette ccasion morbide est tout à fait incontestable. Quelques auteurs ne ouvant nier l'évidence des faits, invoquent simplement la coïnci-ence. Je crois fermement à la prédisposition ; on répond que ce 'est là qu'une échappatoire commode qui n'explique rien. Je éplique, à mon tour, qu'ayant examiné avec attention certains sujets hez lesquels le néoplasme semblait évidemment consécutif à l'action

traumatique, j'ai reconnu chez eux l'ensemble des attributs consti- tionnels qu'on retrouve chez les individus spontanément affectés d cancer. Jamais je n'ai vu ou rencontré une contusion suivie de cance chez un scrofuleux, et je n'ai point lu d'observation concluante d ce genre.

Voilà pour les maladies constitutionnelles à l'état latent. L'ét patent de ces mêmes maladies donne également texte à des cons dérations pleines d'intérêt.

Dans ces conditions, un ou plusieurs points du corps présente des lésions locales, symptômes et indices de l'état général. Su vienne une lésion traumatique, une opération pratiquée dans le b de supprimer le foyer local susdit, la plaie peut n'offrir rien particulier et présenter une évolution normale et favorable, mais contraire s'observe; il n'est pas rare de voir, chez les scrofu leux, par exemple, les plaies accidentelles ou chirurgicales prend l'aspect particulier aux ulcérations scrofuleuses. Un autre cas présente : l'opération réussit tout d'abord; le moignon d'amputati se cicatrise; le foyer morbide local est supprimé; l'état génér peut même s'améliorer notablement; mais la maladie constitution nelle reprend bientôt sa marche, et regagne avec rapidité le terrai perdu. Une ou plusieurs manifestations locales reparaissent, bien des lésions viscérales se développent et font succomber malade localement guéri; j'ai vu des exemples trop concluants cette terminaison, pour ne pas admettre que les actions traum tiques sont capables, en certains cas heureusement rares, de donn à la diathèse scrofuleuse une impulsion funeste.

Les mêmes remarques s'appliquent au cancer aussi bien q l'épithélioma. Telle tumeur qui persistait depuis longtemps s avoir engorgé les ganglions est opérée avec succès. A peine cicatrisation est-elle achevée, que l'on voit apparaître l'adénopat fatale, marchant avec une grande rapidité. Cela a frappé cert praticiens, à ce point qu'ils accusent la médecine opératoire d'ab ger la vie des malheureux atteints de cancers ou de pseudo-canc

Le fait, en tout cas, n'est pas contestable pour la kéloïde spo tanée ou cicatricielle. Pour ces raisons, je ne suis pas éloigné croire que la perturbation générale apportée chez Vand... par d opérations successives, que l'irritation lente transmise immédia ment au système lymphatique, et qu'enfin la suppression du fo de phlegmasie chronique siégeant dans le calcanéum, ont réveill diathèse syphilitique endormie ou languissante, et ont ainsi ca l'engorgement ganglionnaire inguinal.

J'accorde qu'il est difficile de faire la part exacte de ces trois uses, mais il est moins malaisé d'exclure l'une d'elles. Si l'irri-ion, partie du calcanéum ou des plaies opératoires, avait seule ;i. les lymphatiques et les ganglions seuls eussent été affectés, et on n'aurait vu paraître ni la syphilis cutanée, ni la gomme située a du pli inguinal. Mais si cette irritation n'y était pour rien, on sait pas pourquoi l'accident tertiaire aurait envahi tout d'abord s glandes du côté affecté plutôt que celles de toute autre région, ou ême un organe quelconque sans relation directe avec les lésions la jambe gauche.

La suppression du foyer morbide est certainement une cause roblématique d'adénopathie; mais il me paraît difficile de la récu-r en présence de certains faits très évidents qui autorisent à jouter à l'histoire déjà si étendue des affections ganglionnaires, un ouveau chapitre intitulé : *De l'Adénopathie tardive.* J'ai observé tout récemment un cas de ce genre, et je ne résiste pas au désir d'en donner une courte analyse.

X..., vingt-huit ans, ferblantier, constitution moyenne. Bonne anté jusqu'à vingt-quatre ans. Ni syphilis, ni scrofule. Chute en 867 sur le poignet droit. Fracture du radius sans déplacement otable. Bandage pendant quinze jours. Pour combattre la raideur, lectrisation pendant deux mois. Augmentation du gonflement et es douleurs. Le blessé reprend cependant son travail. Mais l'état 'aggrave. Tuméfaction sur le dos de la main et au niveau de la ourse tendineuse commune des tendons fléchisseurs. Richet, onsulté quinze mois après l'accident, reconnaît une tumeur lâche, et conseille un traitement qui n'est pas suivi. X... travaille ujours malgré ses douleurs. Celles-ci deviennent bientôt très vio-lentes, et, au bout de dix-huit mois, des abcès se forment et s'ou-rent tout autour de la jointure.

Plusieurs empiriques sont consultés sans succès. En 1869 et 1870, osselin conseille l'amputation de l'avant-bras. X... entre dans mon ervice, le 14 juillet 1870, et réclame l'opération.

Main subluxée en avant. Doigts, avant-bras, bras même atrophiés. oignet tuméfié et criblé de cicatrices et de trajets fistuleux. Suppu-ation abondante. Foyers nombreux de nécrose constatés avec le tylet au niveau du carpe. Douleurs bornées à la région malade, très ariables en durée et en intensité, mais constantes.

Considérant que l'état général est bon, que les viscères sont ains, que la lésion d'origine traumatique doit sans doute sa persis-

tance à la mauvaise direction du traitement, je tente la conservation, et, malgré les protestations du patient qui veut absolument être amputé, je pratique, le 20 juillet, la résection du poignet, ou pour parler plus exactement, l'extirpation de la plus grande partie du carpe.

Immobilisation de la région. Drainage, irrigation continue. Formation et ouverture d'un abcès sur le dos de la main. Variole confluente du 2 au 22 septembre. Cicatrisation progresive. Cessation complète des douleurs, disparition du gonflement. Ablation du premier drain au commencement de janvier, et du second dans les derniers jours du même mois. Sauf le rétablissement des fonctions du membre, la guérison anatomique paraît complète, car les orifices des trajets fournissent à peine quelques gouttes de pus dans les vingt-quatre heures.

Le 5 février, X..., qui avait bien supporté les privations du siège, accuse un peu de malaise et d'inappétence; il perçoit par hasard dans l'aisselle droite un gonflement indolent qui gêne un peu les mouvements du bras. La tumeur grossit rapidement; elle m'est signalée le 10. Bien des fois, surtout à l'époque de l'opération, j'avais exploré les ganglions axillaires et n'avais jamais constaté leur tuméfaction.

Cette fois, je reconnais à la partie interne de l'aisselle, sous le bord du grand pectoral, une tumeur arrondie, régulière, mobile, sans changement de couleur à la pression, du volume d'un petit œuf de poule, presque indolente au toucher, et qui cependant offre une certaine rénitence, pouvant faire croire à un commencement de ramollissement central. De plus, à travers le corps aminci du grand pectoral et le long des vaisseaux axillaires jusqu'à la clavicule, on perçoit un empâtement en forme de gros cordons qui indique nettement la tuméfaction du chapelet ganglionnaire de la gaine des vaisseaux. N'ayant jusque-là prescrit aucun traitement interne, j'administre à l'intérieur l'iodure de potassium, et sur la tumeur une friction avec une pommade iodurée.

Le 3 mars, l'état n'est point modifié. Un petit fragment osseux est sorti d'un trajet fistuleux; la tumeur ganglionnaire grossit encore, et ne provoque qu'un peu de gêne sans douleurs ni inflammation. Les choses en sont là[1].

1. Le malade est parti en convalescence dans son pays. Je n'ai point eu de ses nouvelles.
Cette note est de 1871; mais j'ai revu X... deux fois depuis, il était

En résumé, une lésion osseuse se développe, la suppuration s'éta-, et dure longtemps. Une opération est pratiquée; elle met plus six mois à guérir. C'est lorsque tout paraît fini du côté de la ion primitive, que, pour la première fois et sans cause connue, ganglions sont brusquement pris de gonflement et menacés de ppuration. C'est la reproduction exacte de ce qui s'est passé chez nd... Je souhaite que l'analogie ne se poursuive pas plus loin. is ces faits ramènent nécessairement l'esprit vers l'opinion des ciens sur les dangers de la suppression d'un foyer morbide chro-que, et sur les inconvénients qu'il peut y avoir à guérir certaines ections servant en quelque sorte d'exutoire.

On m'accusera peut-être de faire revivre des théories surannées de ressusciter des craintes chimériques. Le reproche me touche-it peu si, à défaut de la science présente, je retrouvais dans les ogmes du passé l'explication de faits réels, incontestables, impor-ants et moins rares peut-être qu'on ne le pense.

Je termine ici cette digression, comptant publier quelque jour une série de faits qui mettront hors de doute cette tendance excita-ice et provocatrice des lésions traumatiques.

DE L'INFLUENCE DE L'INTOXICATION SYPHILITIQUE SUR LA MARCHE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

C'est la contre-partie du débat précédent. J'ai rassemblé quelques cuments qui me permettront bientôt d'ébaucher sur ce point un apitre capable de prendre place dans le cadre de mes études érites. Cependant je me contenterai d'examiner aujourd'hui si la philis ancienne dont Vand... était affecté a été cause des anoma-es dans le travail réparateur qu'on a observées après chaque opé-tion. On a constaté, comme déjà nous l'avons dit : 1° des douleurs iolentes à type d'abord irrégulier, puis franchement intermittent; ° une inflammation phlegmoneuse; 3° une grande lenteur dans la catrisation du moignon.

Examinons brièvement ces divers points et d'abord les douleurs atérieures et postérieures aux opérations.

En ce qui touche les douleurs consécutives, j'absous la syphilis

uéri et se servait très convenablement de sa main, qu'il était très heureux avoir conservée (décembre 1886).

dans le cas actuel. Certainement cette maladie provoque des s frances vives, surtout quand elle sévit sur les os. Ces souffrai prennent parfois le caractère des névralgies; mais, d'ordinaire ai la suppression du foyer pathologique les fait cesser, c'est au m ce que j'ai vu dans deux cas bien présents à mon esprit. Le prer appartient à Robert et a trait à une résection du coude[1].

Dans le second, j'ai pratiqué la même opération à une pa femme réduite au marasme par une arthrite du coude consécu à des gommes périostiques. Chaque fois le soulagement fut im diat. Chez Vand..., au contraire, les opérations, quoique simples, réveillèrent des douleurs très violentes que le sulfate quinine seul put calmer. Il s'agissait donc ici d'un de ces cas névralgie traumatique précoce comme j'en ai observé *plus d'*i exemple et qui reconnaissait pour cause principale un état névr pathique particulier antérieur à l'opération.

En comparant ces trois observations, je note comme caracté commun l'existence de douleurs violentes et de recrudescences infla matoires revenant sans cause connue dans le foyer de l'*ostéite*. (symptômes avaient engagé Robert à opérer ; ils m'avaient égaleme forcé la main chez la femme cachectique; enfin, c'est le reto incessant de phénomènes semblables qui avait décidé Vand.. venir réclamer notre secours. Les arthrites et ostéites de nat strumeuse étant d'ordinaire indolentes et peu disposées aux po sées inflammatoires très aiguës, j'aurais dû tenir compte de accidents en portant le diagnostic; mais ils m'avaient paru d'aut moins spécifiques que l'iodure de potassium ne les avait nul ment modifiés, et que la douleur présentait d'ailleurs ici le car tère tout à fait particulier des névralgies.

Voici, en effet, comme elles se comportèrent : erratiques et ir gulières avant l'extraction du séquestre, non seulement elles cédèrent point à l'acte chirurgical, mais prirent, au contraire type quotidien le plus marqué.

L'opération avait eu lieu vers dix heures du matin; dans l'apr midi, douleur extrêmement vive dans les téguments du talon; e persiste sans relâche jusqu'à trois heures du matin, malgré l'ing tion de 15 centigrammes d'opium. Le lendemain et les jours s vants, peu après le pansement, à *onze heures moins un quart*, reparaît et ne cède qu'à une dose d'opium variant de 10 à 15 cen grammes; on l'attribue au pansement. Le lendemain, celui-ci

1. Alph. Robert, *Conférences de clin. chir.*, Paris, 1860, p. 475.

onc différé jusqu'à l'après-midi ; mais, à l'heure dite, la souffrance parut : dès lors, sa nature névralgique fut démontrée. On prescrit le sulfate de quinine, qui la fit disparaître en quatre jours. On suspendit le médicament pendant trois jours ; les accès ne tardèrent pas à revenir ; on en fit définitivement justice en reprenant l'antipériodique une semaine entière. Dans le laps de temps qui s'écoula entre les deux opérations, c'est-à-dire du 2 février au 13 avril, la névralgie revint plusieurs fois ; elle céda toujours à la première sommation de la quinine.

Après l'amputation, nous vîmes reparaître les souffrances périodiques, mais l'heure était changée ; l'accès commençait exactement une heure après minuit et cessait de lui-même au bout de trois quarts d'heure. On s'empressa de donner le sulfate de quinine associé à l'opium. La névralgie n'acquit point une grande violence, mais elle disparut lentement, changea d'heure encore une fois, surgissant de cinq heures et demie à six heures et demie du soir, et ne cessa définitivement qu'au bout de cinq semaines environ. Pendant longtemps, on constata dans le moignon un point sensible au moindre attouchement, et qui répondait au nerf tibial postérieur.

La douleur s'est montrée si opiniâtre chez Vand..., qu'elle a accompagné la maladie jusqu'au bout. On sait que les tumeurs gommeuses des parties molles, et surtout les ulcères qui succèdent à leur fonte, sont indolents dans le plus grand nombre des cas ; ici au contraire, souffrances continuelles et sensibilité vive au toucher, avant, pendant et après la formation de l'ulcération inguinale. Il faut, suivant moi, attribuer cette ténacité de la douleur moins à la nature du mal qu'à la constitution du sujet. Vand... était très raisonnable, très courageux, et ne parlait de ses souffrances que lorsqu'il était directement interrogé ; mais il était très irritable et ressentait avec une extrême vivacité toutes les impressions morales et physiques. Deux fois pendant le sommeil chloroformique il sortit involontairement de sa réserve, et, avant d'entrer en résolution, nous tint de longs discours très imagés, en termes aussi brillants que choisis et démasqua, à notre grand étonnement, une nature des plus impressionnables et des plus délicates. Je donne ce détail pour indiquer que, d'après nos observations, les névralgies traumatiques, dans la majorité des cas, tiennent moins à la nature de la blessure qu'à une prédisposition nerveuse du sujet.

Cette remarquable observation trouvera sa place dans un travail en voie d'exécution sur les névralgies traumatiques précoces. Ce que j'en veux déduire pour le moment, c'est que la douleur ne

ressemblait nullement à celles que provoque la syphilis tertiair
Si l'administration des spécifiques en avait triomphé, on aurait une preuve de plus de l'existence de névralgies véritablement syphilitiques et du type intermittent vrai pris exceptionnellement po les douleurs ostéocopes.

Faut-il attribuer à la vérole l'inflammation phlegmoneuse qui ch Vand... a fait échouer la première opération et plus tard envahi moignon d'amputation? La chose ne m'est pas démontrée. Dans l'o servation déjà citée de Robert, bien que le sujet fût âgé de cinquant huit ans, la cicatrisation fut complète en moins de deux mois, la de temps fort court pour une résection du coude. A la vérité, constitution du sujet n'était pas trop détériorée.

Chez ma malade, il fallut plus d'un an pour obtenir une guérison à peu près totale; mais j'ai dit que la pauvre femme était dans l'éta le plus lamentable. Chez Vand..., il y avait également un commencement de cachexie, ce qui sans doute a provoqué l'inflammation phlegmoneuse et entravé la cicatrisation. Rien pourtant ne révè ici d'une manière évidente une influence spécifique.

Il ne faudrait pas cependant aller trop loin et innocenter la véro. partout et toujours. Quelques faits tendent à prouver que les opérations autoplastiques peuvent échouer tant qu'un traitement spécifique n'a pas été institué. Nul n'ignore que la syphilis est une cau évidente de non-consolidation des fractures. Il est donc légitime croire que la faculté plastique ou réparatrice peut être atteint diminuée ou abolie en cas de vérole constitutionnelle. Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne savons quand, ni comment, ni pourquoi cette influence agit ou fait défaut.

Si l'on en croyait même Chassaignac, l'empoisonnement sus-d loin d'être nuisible, serait favorable en mettant les opérés à l'a de la pyohémie. Il faudrait bien des observations pour mettre h de doute cette singulière immunité, mais, en somme, rien n'empêc de l'admettre. Les faits que j'ai observés plaideraient même jusqu' un certain point en sa faveur, en prouvant pour le moins que l syphilitiques peuvent supporter sans réaction générale violente graves opérations.

Pour le malade de Robert il est dit : « L'effet immédiat de l'opération a été de faire cesser les douleurs et les accès fébriles... suite le sommeil est revenu, l'appétit est bon, le visage calme, il a même pas eu de fièvre traumatique. »

Chez Vand..., l'état général ne fut nullement en rapport avec gravité des accidents locaux. Malgré le phlegmon du moignon

ut assez étendu et fort tenace, la fièvre traumatique fut passagère. Un peu avant l'opération, la température était à 37°,5; le soir elle tteignait 38°,3, le lendemain matin 38°,6, et enfin 40° dans la econde soirée. Mais à partir du troisième jour elle redescendit à 8° et y resta avec de faibles oscillations pendant trois jours, pour evenir enfin vers 37°,5 et y rester dans la suite.

Chez ma pauvre femme, le tracé thermométrique ne fut pas pris, lais je fus étonné de la bénignité des suites et de la façon tout à fait nattendue dont la résection fut supportée. L'attention portée sur ce oint décidera si la syphilis influence le travail local ou la réaction raumatique générale, ou les deux processus à la fois.

Si le travail réparateur a été défectueux au niveau des plaies opératoires, la marche de l'adénopathie inguinale a été plus anormale encore et beaucoup plus funeste. C'est là, en effet, que s'est développé le phagédénisme avec ses graves conséquences, la dénudation, puis la destruction des vaisseaux, et enfin l'hémorrhagie qui a terminé la vie. Ici encore on doit rechercher dans les conditions générales ou locales les causes qui ont présidé à cette évolution; c'est ce que je vais faire aussi brièvement que possible.

DU PHAGÉDÉNISME DE L'ULCÉRATION TERTIAIRE.

Lorsqu'une tumeur gommeuse se forme et n'est point traitée en temps opportun, elle s'accroît, se ramollit, s'ouvre par destruction des téguments et donne naissance à un ulcère dont les dimensions n'excèdent guère celle de la tumeur et qui n'a que peu de tendance à s'accroître. Exceptionnellement, l'ulcération gagne promptement en profondeur et en largeur; cela s'observe en particulier au voile du palais; mais cette destruction rapide dure peu et se limite spontanément au bout de quelques jours. En somme, on peut dire que les ulcérations tertiaires présentent rarement la marche phagédénique aiguë, et plus rarement encore la marche phagédénique lente et continue. Sous ce rapport, le cas de Vand... est donc une exception.

Le phagédénisme est une complication redoutable qui peut envahir toutes les plaies et dont malheureusement les causes sont encore mal connues. On sait déjà que l'alcoolisme y prédispose. J'ai vu pour ma part le diabète et le scorbut agir de même, et il est probable qu'on arrivera à démontrer que cet accident ne se développe

guère que sur un terrain spécial, c'est-à-dire sur des sujets affectés d'un état constitutionnel antérieur.

Chez notre malade, qui n'était ni alcoolique ni diabétique, la syphilis pourrait être invoquée, mais je répéterai à ce propos ce que j'ai dit plus haut des accidents ayant pour siège les plaies opératoires ; sans nier l'influence de l'intoxication vérolique, j'accuse tout autant l'épuisement causé par les longues douleurs, le chagrin, les privations du siège et surtout l'inanition que Vand.... s'était volontairement imposée.

DE LA DÉNUDATION DES VAISSEAUX FÉMORAUX ET DE LA RUPTURE DE L'ARTÈRE.

La dénudation des artères a fourni à M. Delbarre le sujet d'une intéressante monographie[1]. On y trouve quelques cas relatifs à l'artère fémorale mise à nu et disséquée par des chancres phagédéniques. La possibilité des hémorrhagies y est indiquée.

Malheureusement, comme cela arrive souvent pour des phénomènes très faciles à observer et à comprendre, tout le monde en parle et l'on ne trouve pas d'observations détaillées en nombre suffisant, de sorte que nous savons qu'une artère fémorale dénudée peut se rompre ou résister indéfiniment jusqu'à la cicatrisation parfois très tardive du chancre, mais que nous ignorons les conditions qui président à l'une ou à l'autre de ces terminaisons. C'est *ce qui* m'engage à revenir sur ce point de mon observation.

On comprend l'inquiétude que m'a inspirée dès sa constatation la dénudation des vaisseaux ; déjà la section brusque avec perte de substance de la veine saphène était un indice fâcheux, mais les veines sont facilement attaquées par les produits pathologiques voisins sans qu'il en résulte de grands dommages, au moins en ce qui touche l'imminence des hémorrhagies. Il en est tout autrement des artères, surtout lorsqu'elles sont de gros volume. On trouvera précisément dans la thèse de M. Delbarre un grand nombre d'observations qui établissent la réalité du péril.

Cependant, comme une foule d'observations prouvent en revanche la résistance des vaisseaux dénudés et baignant dans des foyers purulents, l'expectation était formellement indiquée par les règles

1. *Thèse de doc.*, Paris, juillet 1870.

le la chirurgie classique. Lier préventivement une artère par le seul ait qu'elle est tangente à un ulcère ou à un abcès, serait jugé à bon roit une témérité inutile et dangereuse.

Lorsque je vis le vaisseau recouvert par une couche de bourgeons, conçus l'espoir de voir la cicatrice se compléter en forme de ideau au-devant de l'artère, ou bien même la tunique granuleuse treindre le vaisseau et l'effacer par sa rétraction concentrique. Le avail inflammatoire péri-vasculaire pouvait encore provoquer dans vaisseau une artérite capable d'amener la coagulation du sang. Tous es modes de guérison étant possibles, il fallait attendre, et l'autopsie démontré que mes prévisions étaient en voie de réalisation assez vancée quand est survenue presque inopinément la rupture vasculaire.

Un mot sur le mécanisme de ce phénomène. Il ne reconnaît pas pour cause un excès dans la tension sanguine faisant céder brusquement la paroi vasculaire affaiblie. Il ne s'est point davantage effectué lentement, peu à peu, par les progrès du travail ulcératif et la dégénérescence préparatoire de la paroi, comme cela s'observe dans le hancre phagédénique et la pourriture d'hôpital. C'est tout d'un coup ue la couche protectrice des bourgeons charnus a été frappée de mort, entraînant comme suite le ramollissement rapide des tuniques rtérielles jusque-là solides. C'est donc une lésion intrinsèque de la aroi qui a permis la perforation et consécutivement l'issue du sang. Quelle a donc été la cause de cette lésion préparatoire?

Plus on étudie les hémorrhagies tardives et en particulier celles ui succèdent aux dénudations artérielles, plus on acquiert cette nviction que, dans l'immense majorité des cas, la destruction de barrière, paroi ou caillot, qui maintient le sang dans ses canaux, st due au développement d'une maladie générale ou d'une phlegasie viscérale. Les preuves abondent dans la thèse de M. Delbarre, qui j'ai fourni pour ma part des faits concluants. En cas de lésion aumatique, la septicémie et la pyohémie jouent le rôle principal; ais toute inflammation d'un organe important me paraît capable agir pareillement.

Je n'hésite donc pas à rapporter le sphacèle de la paroi à la pneumonie ultime développée chez Vand... et que nous avons méconnue milieu de la foule des symptômes mauvais que présentait ce alheureux. Ceci diminue un peu le remords qui m'a pris lorsque, près avoir remis de deux heures seulement l'opération, j'ai eu le hagrin d'arriver trop tard [1].

1. Mes opinions relativement à la pathogénie et aux causes générales des

Quoiqu'il en soit, au point de vue chirurgical pur il est intéressant de poser les questions suivantes :

1° *La ligature devait-elle être faite? De quelle manière et avec quelle chance de succès?*

En présence d'une hémorrhagie, l'indication de l'hémostase est formelle. Si au moment même de la visite le sang avait fait irruption, je n'aurais pas hésité un seul instant. Devant une hémorrhagie inévitable et qui doit être nécessairement mortelle, le doute n'est pas admissible et l'hémostase préventive est tout aussi nettement commandée ; donc la *ligature devait être faite.*

Il eût fallu procéder ainsi : lier d'abord le bout supérieur à quelques millimètres au-dessous de l'arcade crurale pour se tenir à distance convenable des branches de l'iliaque externe en haut et de la fémorale profonde en bas; lier ensuite le bout inférieur au delà des limites de la dénudation ; lier enfin la fémorale profonde vers son origine, sous peine de voir le sang revenir par son canal dans le tronçon de fémorale compris entre les deux premières ligatures. Malgré ces précautions, une hémorrhagie en retour aurait pu se faire par le tronc des génitales qui se trouvait tout près de la ligature supérieure; tant il est vrai qu'à la racine des membres il n'est pas possible de placer toujours les fils à distance suffisante de toutes les collatérales.

Cette triple ligature eût été laborieuse à cause de l'induration de la gaine vasculaire, mais en somme elle eût été praticable et j'ajoute même que les tuniques artérielles auraient bien supporté l'action des fils. On aurait donc pu réussir en tant qu'opération; mais on n'aurait pas sauvé le malade, qui eût été emporté à coup sûr par sa pneumonie.

Même en ignorant cette complication, je doutais fort du succès. Je comptais bien prévenir l'hémorrhagie menaçante et obtenir même la formation du caillot obturateur primitif, mais je redoutais les progrès du phagédénisme, l'ulcération précoce des parois artérielles au niveau de la constriction, la chute prématurée des fils, le ramollissement, la fonte, l'expulsion des caillots : tous accidents si communs d'ailleurs chez les sujets cachectiques ou fébricitants et qui rendent si rare l'arrêt définitif de certaines hémorrhagies second...

hémorrhagies par les artères dénudées ont reçu maintes confirmations depuis quinze ans. J'y tiens donc plus que jamais. — A. V. 1886.

daires. Je ne trouvais chez Vand... aucune des conditions locales et générales qui font espérer le succès et ne m'étais décidé à opérer que poussé par l'axiome : *Melius est anceps remedium quam nullum.*

2° *De l'erreur du diagnostic et de ses conséquences.*

Dès le premier examen auquel Vand... fut soumis, le diagnostic entre la scrofule et la syphilis fut agité, mais resta incertain. Les deux diathèses étaient également admissibles et l'hésitation semblait d'autant moins grave que la thérapeutique devait être fort analogue dans les deux cas, et que d'ailleurs l'indication la plus pressante consistait pour le moment à traiter la lésion locale, c'est-à-dire la nécrose du calcanéum.

Je prescrivis cependant un régime tonique et l'iodure de potassium. Ce dernier fut mal supporté et dut être supprimé. Une crise douloureuse me contraignit à opérer et nous entrâmes alors dans cette série d'accidents locaux qui détournèrent l'attention de l'état constitutionnel et firent négliger le traitement spécifique. Tant que dura la longue période de la cicatrisation des plaies, rien ne pouvait faire prévoir la coexistence de la syphilis, et lorsque apparut au pli de l'aine l'engorgement ganglionnaire, je songeai plus que jamais à la scrofule. Lorsque le mot d'une énigme est connu, on s'étonne de ne pas l'avoir deviné, et en y réfléchissant aujourd'hui je trouve en effet que les probabilités du diagnostic étaient du côté de la syphilis.

J'aurais dû tenir compte de l'âge, l'ostéite scrofuleuse étant fort rare après cinquante ans[1]; de la forme, la nécrose tardive étant très souvent syphilitique; des douleurs, les ostéites strumeuses étant le plus ordinairement indolentes; de la nature des accidents traumatiques locaux, les plaies des scrofuleux péchant plus par le défaut que par l'excès du travail inflammatoire.

J'aurais dû songer que la syphilis et la scrofule anciennes affectent souvent les mêmes allures et qu'en maintes circonstances il faut la plus grande attention pour distinguer quelques-unes de leurs manifestations, lors même qu'elles sont visibles comme les ulcérations ou les cicatrices.

Plus tard, la marche bizarre de la tumeur et de l'ulcération

1. Ce qui était vrai jadis ne l'est plus aujourd'hui, où l'ostéo-arthrite tuberculeuse se rencontre assez souvent chez des hommes mûrs et même des vieillards. — A. V. 1886.

inguinale aurait pu m'éclairer, en un mot il m'eût été possible, je l'avoue, de ne pas me tromper ou du moins de reconnaître plus tôt mon erreur. Mon tort principal a consisté dans l'oubli de cette règle essentielle qui commande au chirurgien de ne jamais perdre de vue l'état constitutionnel, avéré ou possible, de son malade.

Le premier insuccès de l'iodure de potassium n'aurait pas dû me décourager et dans les premières semaines qui ont suivi l'amputation de la jambe, aussitôt la cicatrisation en marche, le traitement spécifique aurait pu être institué de nouveau.

Lorsque enfin le diagnostic fut posé à la fin de décembre, il était trop tard, la cachexie était confirmée et les préparations mercurielles et iodurées ne devaient plus être tolérées. Il eût fallu du temps, une saison favorable, une alimentation réparatrice pour entraver la marche de cette cachexie. Tout nous ayant fait défaut à la fois, l'œuvre de destruction s'est accomplie, et même avec toutes ces ressources, la guérison eût été problématique encore, car les cas sont plus nombreux qu'on ne le pense où la syphilis, parvenue à une certaine période, résiste opiniâtrement à la thérapeutique spécifique la mieux combinée.

APPENDICE

Observations sur les gommes inguinales syphilitiques, recueillies dans mon service par M. L. Bourdon, alors interne des hôpitaux[1].

Obs. I. — Julie Bardoux, journalière, quarante-deux ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 1er octobre 1871, dans le service du professeur Verneuil. Cette femme n'est malade que depuis deux ans et demi ; jusqu'à cette époque elle s'est bien portée, quoique délicate. Réglée à onze ans, mariée à seize, elle est mère de cinq enfants. Elle a toujours eu de la leucorrhée, qu'on a combattue sans succès par les ferrugineux. Jamais elle n'a eu d'engorgements ganglionnaires, de blépharites, d'abcès froids, etc. Jamais elle n'a toussé. Interrogée au point de vue de la syphilis, la malade nie avoir jamais contracté aucune maladie vénérienne; jamais elle n'aurait eu de taches sur la peau, de plaques muqueuses buccales ou anales.

1. Extrait des *Ann. de dermat. et de syphilis*, 1872, t. IV, p. 95.

d'impétigo du cuir chevelu, etc. Elle a toujours bien vécu, dit-elle, avec son mari, mort depuis cinq ans d'une laryngite.

Comme traces de syphilis, nous trouvons à la cuisse droite cinq larges cicatrices blanches, minces et un peu déprimées, entourées d'un cercle cuivré.

Il y a deux ans et demi, la malade a ressenti dans la tête et dans les reins d'assez vives douleurs, qui ont duré deux mois et ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine. Puis sont survenus des élancements dans le coude gauche, premier symptôme d'une arthrite, qui a été traitée énergiquement par M. Cusco et a guéri au prix d'une ankylose avec flexion à angle droit de l'avant-bras sur le bras.

Il y a vingt mois, la malade, dont l'arthrite n'était pas encore guérie, est entrée à la Maison de santé pour une petite tumeur douloureuse développée au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. M. Demarquay l'ayant ouverte, il s'est écoulé un liquide blanc comme du lait et assez épais; la plaie ne s'est fermée qu'au bout de deux mois, sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium et le sirop d'iodure de fer, puis elle s'est rouverte pour se refermer encore vers le mois d'avril 1871. Cinq mois après, la tumeur a grossi de nouveau, et huit jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, elle s'est ouverte une troisième fois.

A cette époque se développa, au niveau de la moitié externe de l'arcade crurale droite, une tumeur qui atteignit bientôt le volume d'un œuf de pigeon et dont le grand diamètre était parallèle à la direction du ligament de Fallope. La peau était rouge et douloureuse à la pression; elle s'ulcéra bientôt et donna issue à un liquide épais et purulent. Puis l'ulcération envahit rapidement toute la surface de la tumeur, qui prit la forme d'une vaste cavité oblongue de haut en bas et de dehors en dedans, suivant la direction du pli inguino-crural. On pansa la plaie avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée et la malade, soumise au traitement mixte, prit chaque jour une pilule de proto-iodure le matin et un gramme d'iodure de potassium le soir.

Au bout de trois semaines environ, on substitua à l'eau alcoolisée la poudre d'iodoforme [1]; l'ulcération présentait alors les caractères suivants, qui ne se sont pas modifiés : dans la région inguinale droite, ligne rosée de 9 centimètres environ, parallèle et sus-jacente à la moitié externe de l'arcade crurale. Cette ligne était formée par l'adossement

1. On voit que dès l'année 1871 nous pansions déjà les plaies de mauvaise nature avec l'iodoforme, que bien peu de chirurgiens utilisaient encore à cette époque. — A. V. 1886.

de deux bourrelets rosés à surface lisse, de consistance élastique, appliqués l'un sur l'autre dans la flexion modérée de la cuisse. Lorsque le membre était étendu et lorsqu'on relevait les téguments de l'abdomen, qui par leur poids appliquaient le bourrelet supérieur contre l'inférieur, on voyait une fente, une dépression profonde, anfractueuse, dont le fond était cloisonné par des brides qui lui donnaient un aspect aréolaire et dont les parois, au contraire, étaient parfaitement lisses. Toute la surface de cette cavité était rosée et présentait l'aspect des bourgeons charnus, pâles et demi-transparents, des plaies qui suppurent mal et ne marchent pas vers la cicatrisation. La plaie était le siège d'une sécrétion blanchâtre, trouble; visqueuse, intermédiaire à la lymphe plastique et au pus. Au niveau de son tiers interne, l'ulcération se bifurquait, et entre les deux prolongements se voyait un petit bourrelet élastique à surface lisse et rosée.

Aujourd'hui, 25 avril 1872, la tumeur a exactement l'aspect que nous venons de décrire, mais l'ulcération est peut-être un peu moins profonde. Quant à la lésion lombaire, elle s'est notablement modifiée; elle consiste en une dépression cratériforme, large comme une pièce de cinquante centimes, au fond de laquelle se voient trois petits boutons rosés, mollasses, formant une tumeur grosse comme un grain de groseille et qui sont le siège d'un simple suintement séro-purulent.

Quand la malade est entrée à l'hôpital, elle était profondément anémique, elle est aujourd'hui en très bon état; son teint est coloré, elle n'a plus aucun trouble des fonctions digestives; elle a repris l'embonpoint qu'elle avait perdu et n'éprouve, pendant la marche, qu'un peu de gêne au niveau du pli de l'aine.

[*Appendice*]. — La suite de cette observation ne confirma pas le diagnostic d'adénopathie inguinale porté à cette époque.

En effet, la malade rentra dans mon service à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 12, le 12 avril 1873. A ce moment, les trajets de l'aine et de la région lombaire suppuraient assez abondamment; la malade, épuisée, cachectique, fut soumise à un régime tonique, à l'iodure de potassium, mais sans en retirer grande amélioration. Les orifices, de 2 centimètres de long sur un demi-centimètre de large environ, furent pansés avec de la charpie imbibée d'un liquide antiseptique, mais sans se cicatriser.

Le coude est ankylosé à angle droit, les fistules sont taries, les cicatrices blanchâtres, minces, un peu rétractées; le membre est plus maigre que l'autre.

Au mois d'août, M. le D[r] Nicaise introduisit dans la fistule nguinale un stylet, qui, se dirigeant en haut et en dedans, s'enfonça tout entier, sans être arrêté par aucun obstacle. La suppuration était abondante par les plaies de l'aine et de la région lombaire; la face était pâle, jaunâtre, bouffie; les urines, très chargées, renfermaient une grande quantité de sels. L'état général s'aggrava bientôt; affaiblissement progressif; vomissements opiniâtres, que ne peuvent arrêter la glace, l'eau de Seltz, la pepsine, les injections de morphine au creux de l'estomac, etc.; muguet buccal très abondant.

Mort le 3 septembre 1873.

Autopsie. — Le trajet fistuleux de l'aine remonte obliquement le long du détroit supérieur jusqu'au niveau de la face latérale droite du corps de la quatrième vertèbre lombaire, qui est dénudée et très dure en ce point; la fistule se dirige ensuite en arrière et se termine à une petite distance. Le long du trajet, le tissu cellulaire est dur, épaissi, lardacé; rien au péritoine, sauf au niveau du promontoire, où l'appendice iléo-cæcal et l'S iliaque sont adhérents.

Un stylet introduit par la plaie lombaire traverse les parties molles et rencontre la face externe de l'os iliaque, dénudée dans l'étendue d'au moins 7 à 8 centimètres. Peut-être y a-t-il eu à un moment donné communication de ce dernier foyer avec celui de la colonne vertébrale, et le trajet s'est-il oblitéré, car on ne le retrouve pas.

Rien de particulier aux ganglions inguinaux, sauf un peu d'hypertrophie.

Foie gros, gras, jaune. Reins gros, pâles. Rate volumineuse et dure. Au coude, on trouve les lésions de l'ankylose osseuse ancienne, toute inflammation ayant disparu. — A. V. 1886.]

Obs. II. — Le 27 janvier 1872, entre dans le service de M. Verneuil, à l'hôpital Lariboisière, M. C.., concierge, vingt-huit ans. Cette femme, quoique assez délicate, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de mars 1868. Elle est mariée et a eu quatre enfants; le premier, en 1865, était une fille qui vit et s'est toujours très bien portée. Le 16 juin 1868, la malade fit une fausse couche à la suite d'une chute, et expulsa un fœtus de huit mois, bien conformé et ne présentant pas de taches cutanées. Le 30 septembre 1869 naquit, à six mois, un enfant sans boutons ni taches, qui vécut douze jours. Enfin, le 30 décembre 1870 vint à terme un enfant qui est aujourd'hui très bien portant.

En mars 1868, trois mois avant l'avortement, la malade fut prise d'une céphalalgie violente qui dura six semaines et coïncida avec l'apparition de petits boutons sur le cuir chevelu, de taches rosées sur le corps et d'ulcérations à la vulve; il survint aussi de l'alopécie et des maux de gorge; on prescrivit l'iodure de potassium et des pilules que la malade ne peut spécifier. A la même époque se développa une kératite légère, suivie d'une taie, visible aujourd'hui, au centre de la cornée de l'œil droit. Sous l'influence du traitement, les maux de tête disparurent, les cheveux cessèrent de tomber, les taches pâlirent, mais les maux de gorge durèrent un an; quelques mois après leur début, survint un engorgement presque indolent de ganglions situés le long du bord externe du sterno-mastoïdien droit; à gauche, apparut dans le creux sus-claviculaire un ganglion qui devint bientôt gros comme une noisette.

Il y a six mois, la malade sentit à la racine de la cuisse gauche, à peu près au niveau du point où la veine saphène interne se jette dans la veine crurale, une petite tumeur dure, roulant sous le doigt, et du volume d'un pois. Pendant quatre mois, la tumeur grossit lentement, et quand elle eut atteint le volume d'une petite noix, elle se ramollit un peu, prit une teinte violacée et s'ulcéra. Il s'écoula, par l'ouverture qui s'était produite spontanément, un liquide blanchâtre et assez épais; l'ulcération s'agrandit rapidement et prit, en quelque sorte d'emblée, les caractères que nous lui trouvons aujourd'hui. Pendant ces six mois, la malade devait prendre de l'iodure de potassium que son médecin lui avait prescrit, mais elle avoue avoir suivi son traitement avec la plus grande irrégularité.

Le 27 janvier, nous la trouvons dans l'état suivant : sa santé générale est assez bonne; elle est pâle, mais non amaigrie, et ne présente aucun trouble des fonctions digestives. Il n'existe plus de céphalalgie, et c'est à peine si l'on découvre sur le ventre deux ou trois petites macules brunâtres. La malade souffre toujours un peu dans l'arrière-gorge en avalant et l'on aperçoit sur la muqueuse du pharynx, derrière la luette, une petite ulcération rouge et superficielle, large comme une lentille, ovalaire, à grand diamètre vertical et à bords assez nettement dessinés, mais non taillés à pic; le long du bord externe du sterno-mastoïdien droit, chapelet ganglionnaire indolent et peu volumineux; à gauche, dans le creux sus-claviculaire, un ganglion gros comme une noisette, dur, roulant sous le doigt et indolent.

Dans la région inguino-crurale, à gauche, au point indiqué plus haut, ulcération large comme une pièce de cent sous en argent, à

bords violacés, minces, masquant en partie une cavité profonde, infundibuliforme, dont les parois sont granuleuses et dont le fond sert de surface d'implantation à une tumeur grosse comme une noisette, molle, blanchâtre, un peu mobile et ressemblant à un paquet de tissu cellulaire mortifié; autour de cette tumeur, qui atteint le niveau des bords de l'ulcération, se trouve du pus légèrement séreux et non franchement phlegmoneux. Ni à droite ni à gauche on ne constate d'engorgement des ganglions inguinaux. La malade ne souffre pas et n'éprouve qu'une gêne assez marquée pendant la marche.

Traitement: une pilule de proto-iodure de mercure le matin, un gramme d'iodure de potassium le soir. On place dans l'ulcération, autour de la tumeur, de la charpie imbibée d'eau alcoolisée.

Dix jours après l'entrée de la malade, la tumeur se détache et la cavité, à partir de cette époque, diminue de plus en plus de profondeur par le bourgeonnement des parois.

Le 22 février, la malade sort de l'hôpital dans l'état suivant : l'ulcération inguinale est presque fermée, et à la place qu'elle occupait est un nodus dur, adhérent aux parties profondes, présentant à sa surface un petit point rouge et granuleux, entouré d'un liséré ratané bleuâtre. L'ulcération pharyngienne est complétement cicatrisée et n'a laissé aucune trace; quant aux ganglions cervicaux, ils sont à peine plus volumineux qu'à l'état normal. La santé générale est excellente.

Huit jours après son départ, la malade revient à la consultation; l'ulcération inguinale est absolument guérie.

ESSAI SUR LES SYPHILOMES MAMMAIRES

PAR M. LE DOCTEUR J. LANDREAU[1]

On pensait généralement au commencement de ce siècle que la syphilis tertiaire, dont les manifestations sont si multiples et si variées, pouvait atteindre tous les points de l'économie, à l'exception toutefois de trois organes qui dépendent du système génital : l'utérus, l'ovaire et la mamelle. Aujourd'hui cette restriction n'est même plus admise, et des observations très concluantes ont permis de constater que, tout en étant plus rares que partout ailleurs, les altérations syphilitiques de ces organes n'en sont pas moins réelles.

Nous nous bornerons ici à parler des tumeurs syphilitiques de la mamelle, dont les ressemblances apparentes avec les tumeurs malignes suffisent pour expliquer la longue erreur des cliniciens, qui rapportaient au squirrhe ou à l'encéphaloïde ce qui n'était que de la syphilis tertiaire, et grossissaient ainsi le cadre des affections cancéreuses. Il existe dans la science des cas de ce genre, d'abord soupçonnés, puis plus tard reconnus comme syphilitiques, et dans lesquels le traitement spécifique, arrêtant la main du chirurgien, a amené une guérison rapide.

Le diagnostic de cette affection est donc d'une importance capitale. Cependant les quelques auteurs qui se sont occupés de la question se sont ordinairement contentés de relater leurs observations, souvent bien incomplètes, sans les faire suivre d'aucun commentaire ; ils ont éludé la question du diagnostic, ou ne l'ont abordée que pour constater la difficulté du problème, sans indiquer la possibilité d'une solution. Le sujet étant très obscur, je n'ai pas la prétention d'avoir dissipé les ténèbres qui l'environnent, et j'ai voulu plutôt poser la question que la résoudre.

1. *Thèse inaugurale*, Paris, 26 juillet 1874, n° 327. Cette thèse a été faite sous ma direction par l'auteur, à qui j'avais communiqué un certain nombre de notes inédites. — A. V. 1886.

Le syphilome de la mamelle est une des manifestations de la syphilis tertiaire qui ont le moins fixé l'attention des médecins. Entrevu par quelques cliniciens du siècle dernier qui lui donnaient le le nom de *cancer vérolique*, il est resté longtemps dans l'oubli le plus complet. En effet, si nous ouvrons les livres spéciaux qui traitent, soit de la syphilis, soit des maladies du sein, soit des tumeurs en général, nous voyons Hunter, Ricord, Bazin, Velpeau, Broca, Virchow, etc., muets, ou peu s'en faut, sur les gommes de la mamelle ; nos livres classiques ne sont guère mieux informés ; c'est dans l'ouvrage de Lancereaux sur la syphilis que nous trouvons la première étude sérieuse sur ce sujet.

D'après lui, Boissier de Sauvages[1], le premier, aurait signalé, sous le nom de *cancer vérolique* des glandes mammaires, deux cas de gomme syphilitique de ces organes :

Obs. I. — « Je vis, il y a quelques années, une femme qui avait été infectée du virus vénérien, et qui portait depuis longtemps à la mamelle un carcinome de la grosseur de la tête d'un enfant. Cette tumeur était ulcérée lorsque l'illustre Deidier prescrivit à la malade des frictions mercurielles. En très peu de temps, le volume de la tumeur diminua considérablement. Toutefois le carcinome n'étant pas entièrement guéri, il fallut en venir à l'extirpation. »

Cette observation est loin d'être concluante, et l'on peut douter de l'origine syphilitique de l'altération mammaire. Cependant Yvaren, qui plus tard rapporte ce fait, voit dans cette diminution considérable de la tumeur sous l'influence du mercure un indice de syphilis, parce que, loin d'exercer une action résolutive sur le vrai cancer, les préparations hydrargyriques ne font qu'aggraver le mal.

La seconde observation paraît beaucoup plus démonstrative :

Obs. II. — Une fille de trente ans, qui usait depuis plusieurs mois de l'extrait de jusquiame, avait aux deux mamelles une tumeur grosse comme un œuf de poule, dure, bosselée, profonde, accompagnée de douleurs lancinantes qui s'étendaient par intervalles depuis l'aisselle jusqu'à la mamelle, le long d'une série de glandes également dures et bosselées. Elle se plaignait en même temps de dou-

1. *Nosologie méthodique*, t. II, p. 549.

leurs nocturnes, d'ulcères à la bouche et au vagin lesquels étaient les restes d'une vérole acquise depuis dix ans. Les circonstances ne permettant pas d'employer les frictions, j'eus recours aux pilules de Keyser, dont l'usage continué pendant un mois et demi fit disparaître la tumeur et la douleur des mamelles, ainsi que tous les autres symptômes de vérole qui n'ont pas reparu depuis.

L'âge de la malade, trente ans, la symétrie de l'altération dans les deux mamelles, étaient de nature à écarter l'idée du cancer; les antécédents de la malade permettaient de croire à la nature syphilitique de la lésion; le traitement curatif confirmait ce diagnostic. Sauvages termine ainsi : « On peut conclure qu'il y a des carcinomes d'une espèce particulière, différente du carcinome ordinaire, qu'on n'a jamais pu guérir par les seuls remèdes mercuriels. »

Astruc[1] paraît avoir soupçonné une sorte de cancer des mamelles se produisant sous l'influence de la diathèse syphilitique. Il laisse toutefois ignorer quelle était la marche de ces tumeurs, et quels signes les lui faisaient reconnaître.

Bierchen[2] décrit en 1775, chez un homme, une tumeur syphilitique du sein qui guérit par le traitement mercuriel.

Lagneau (1815) admet aussi le cancer syphilitique des mamelles[3].

Troncin, en 1837, dit qu'on ne doit pas hésiter à considérer les trois quarts au moins des cas d'engorgement, de squirrhe, d'ulcération ou de cancer des seins ou de la matrice comme étant le résultat du virus syphilitique non détruit. Certes, ajoute-t-il, les chances sont bien différentes entre deux femmes dont l'une sera dans le cas ci-dessus, et l'autre qui n'aura jamais été malade. Si ces deux femmes reçoivent une contusion un peu forte au sein, par exemple, toutes deux éprouvent une douleur vive sans doute. Soumises au même traitement, celle qui sera saine verra son sein gonfler, s'enflammer, se durcir, puis ensuite diminuer graduellement et ne laisser aucune trace, tandis que chez l'autre la douleur d'abord persiste, il reste un petit noyau, une petite dureté, qui, après un temps plus ou moins long, devient plus compacte, squirrheuse; l'inflammation s'empare de la tumeur devenue volumineuse; une ulcération succède au squirrhe, avec suppuration abondante, douleurs vives et constantes, et la mort seule y met un terme[4].

1. *Traité des maladies vénériennes*, traduction française, t. III, p. 101, 174.
2. Cité par Virchow, *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 430.
3. *Traité pratique des maladies syphilitiques*, 6e édit., 1826, p. 374.
4. *L'art de se préserver et de se guérir de la syphilis*, Paris, 1837, p. 170.

Il faut arriver en 1849 pour retrouver une nouvelle observation, ecueillie par M. Richet, alors chirurgien de l'hôpital de Lourcine[1].

Obs. III. — R. Morin, vingt-deux ans, entrée le 11 mai 1849. Plaques muqueuses sur les grandes lèvres; rhagades à l'anus avec ssures profondes; écoulement vaginal abondant et large ulcération u col. Pilules de proto-iodure, cautérisation du col, tampon aluné ans le vagin. Après un mois de traitement, les plaques muqueuses araissent rester stationnaires; liqueur de van Swieten.

1er juillet. — Aggravation du côté des parties génitales; quelques égétations sur les lèvres et au bord de l'anus.

25 juillet. — Douleur spontanée dans le sein droit, où on trouve ne tumeur du volume d'une châtaigne, très dure, située au niveau u mamelon, qu'elle embrasse à sa base, assez exactement limitée, ans changement de couleur à la peau et sans douleur à la pression; pparue il y a une huitaine de jours, elle a grandi petit à petit.

1er août. — La tumeur a sensiblement augmenté de volume, mais lle reste dure, sans douleur au toucher et sans rougeur à la peau. e mamelon, situé au centre de la tumeur, rentre et se rétracte, ndis qu'il était au contraire très saillant avant l'induration. Élancements spontanés nuit et jour. Point de fièvre d'ailleurs, ni de perte 'appétit. Pour qui n'aurait pas suivi les débuts de l'affection et ne nnaîtrait pas les antécédents de la malade, il serait impossible de stinguer cette tumeur de celle qu'on a désignée sous le nom de uirrhe des conduits galactophores.

6 août. — La tumeur a sensiblement augmenté, sa consistance est même, et quoique la peau ait pris une couleur bronzée, on n'y écouvre aucun point fluctuant. Le mamelon, complètement retracté, presque disparu. La grosseur totale de la tumeur est celle d'une etite pomme. Élancements vifs et répétés; le traitement interne t continué et on recouvre le sein d'un large emplâtre de Vigo.

Les jours qui suivent, la tumeur continue à augmenter, et le 5 août la peau commence à rougir, au-dessous de la dépression ccupée par le mamelon. Bientôt il se manifeste là un point fluctuant. Le 25 août, ponction avec un bistouri étroit; il sort en abondance par l'ouverture un pus visqueux et mélangé de flocons, tout à ait analogue à celui qui s'écoule des gommes syphilitiques.

Quelques jours après, le sein avait considérablement diminué, e mamelon commençait à ressortir, mais les parois du foyer

1. Velpeau, *Traité des maladies du sein*, 2e édit., p. 553.

restaient indurées et ne semblaient avoir que peu de tendance à la cicatrisation. Injections iodurées.

17 septembre. — Le foyer paraissait se déterger convenablement, et les plaques muqueuses avaient presque complètement disparu, lorsque survint à la jambe gauche, vers son tiers inférieur, à la partie antéro-interne, une tumeur dure, empâtée, indolente, siégeant sur la surface interne du tibia et large comme une pièce de cinq francs. Cette tumeur, qui présentait avec celle du sein une grande analogie, était bien évidemment développée comme elle, sous l'influence de l'affection syphilitique. A partir de cette époque, traitement par l'iodure de potassium et les pilules de Sédillot.

La malade sort le 24 novembre, complètement guérie.

En 1854, Yvaren[1] cite l'observation suivante, qui lui a été communiquée par un de ses collègues, le docteur Marin :

Obs. IV. — Une femme de quarante-huit ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, née de parents scrofuleux, d'une santé délicate, présente sur le sein gauche et l'espace intermammaire deux plaies. Celle du sein, de la largeur de la paume de la main, avait pour base la glande mammaire ; sa surface était sale et de couleur cendrée; on y remarquait quelques débris cellulo-fibreux frappés de mortification, les bords étaient taillés à pic. L'autre plaie, plus petite, mais plus profonde, offrait les mêmes caractères et reposait sur le périoste du sternum. Toute la partie de la glande mammaire sur laquelle s'étendait l'ulcère, était indurée et offrait, sous la pression du doigt, une résistance qui se rapprochait de celle du squirrhe ; le reste de la glande était souple et mobile sur le thorax; l'ulcération sternale atteignait l'os dépouillé de son fibro-cartilage.

La maladie avait commencé par deux petites tumeurs, nées simultanément dans l'épaisseur de la peau et du tissu graisseux sous-jacent, accompagnées de douleurs sourdes, et qui, s'étant développées et accrues lentement, avaient fini par s'abcéder. Deux médecins avaient regardé la maladie comme un cancer ulcéré.

La malade avoua que son mari lui avait donné une maladie vénérienne, et qu'elle avait passé par les grands remèdes. Bien qu'il n'existât actuellement ailleurs aucun symptôme suspect, les renseignements et les caractères du mal firent penser que tous ces accidents étaient le résultat de l'ancienne maladie vénérienne.

1. *Métamorphoses de la syphilis*, 1854, p. 435.

On pansa la plaie avec la pommade à l'iodure de plomb; à l'intérieur, liqueur de Van Swieten, aidée de quelques toniques et d'un régime analeptique. A la faveur de ce traitement, les plaies se cicatrisèrent; vers le 7 novembre, la malade cessait les remèdes et vaquait déjà à ses affaires.

Le siège du mal, le développement lent et presque sans inflammation des tumeurs, la destruction ulcéreuse des téguments qui les recouvraient et l'aspect cancéreux des plaies, avaient fait prendre cette maladie pour une affection carcinomateuse.

Peut-être s'agissait-il d'une affection de la peau ou du tissu cellulo-adipeux sous-jacent, plutôt que d'une gomme du tissu mammaire lui-même. Cette observation n'en est pas moins très intéressante; elle nous montre, en effet, que dans les points contigus à l'ulcère le tissu glandulaire est envahi par l'inflammation et acquiert un grand degré d'induration.

C'est surtout à M. Maisonneuve que revient l'honneur d'avoir signalé la fréquence relative des affections syphilitiques du sein. Après avoir rappelé des faits publiés par Bayle, Tanchou, Ullemann, Dusabenne, Theallier, Sandras, il en rapporte un dernier, tiré de la pratique de Lisfranc[1].

Obs. V. — Un jeune homme entre à l'hôpital avec la poitrine, le cou les épaules labourés d'ulcères profonds et sanieux; des tumeurs nombreuses et de différents volumes forment un véritable chapelet le long du muscle sterno-mastoïdien. Malgré l'absence complète d'antécédents syphilitiques accusés par le malade, M. Maisonneuve n'hésita pas un seul instant sur la nature du mal, qui disparut rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium. En six semaines toutes les tumeurs avaient disparu et tous les ulcères étaient cicatrisés.

Quatre nouveaux exemples de ce genre, appartenant aussi à M. Maisonneuve, sont brièvement rapportés par Velpeau dans son traité des *Maladies du sein* (2e édit., 1858, p. 534). Dans l'un existait une simple tumeur gommeuse sans ulcération des téguments; dans les trois autres, il y avait à la fois ulcération des téguments et engorgement circonscrit du tissu même de la glande mammaire; dans les quatre cas, il existait d'autres manifestations syphilitiques, telles que gommes à la tête, périostoses, ulcères aux jambes; enfin,

1. *Leçons clin. sur les affections cancéreuses*, 2e part. 1854, p. 106.

dans les quatre cas, la guérison avait été obtenue promptement par les préparations iodurées.

Appuyé sur ces exemples, M. Maisonneuve soutient que les affections syphilitiques du sein ne sont pas très rares, et qu'il faut considérer comme telles bon nombre de cancers guéris par les préparations iodurées.

Velpeau, qui publie ces observations à côté de celle de Richet, dit n'avoir pas rencontré de cas de ce genre; il publie néanmoins un fait qui semble s'en rapprocher, bien qu'il n'y soit pas question de syphilis [1].

L'observation suivante a été communiquée, en 1855, à la Société anatomique, par M. Verneuil [2].

Obs. VI. — Il s'agit d'un homme qui avait été atteint, pendant la vie, d'une gomme de la mamelle, et chez lequel on constata, à l'autopsie, l'existence de deux tumeurs gommeuses au pancréas. M. Verneuil présenta les pièces à la Société, et donna, le premier, les résultats de l'examen histologique de ces tumeurs.

Celle du sein, soudée à la peau qui commençait à s'ulcérer, reposait sur le grand pectoral, auquel elle adhérait à peine; elle mesurait 6 centimètres de diamètre et 3 d'épaisseur; son tissu, à l'œil nu, rappelait l'encéphaloïde ramolli; on en faisait suinter, par la pression, un suc abondant, crémeux, lactescent et miscible à l'eau; il suffisait de promener l'ongle sur la coupe pour enlever par le râclage une certaine quantité de cette matière pultacée. Au microscope, on découvrait un élément uniforme, consistant en petits globules réguliers, de même volume que ceux de la lymphe (4, 5, et même 6 millièmes de millimètre). La trame de la tumeur était formée par des mailles irrégulières de tissu cellulaire. Les globules en question n'avaient aucune analogie de forme, de dimensions, d'aspect avec les noyaux du cancer; ils ne ressemblaient pas davantage à ceux de l'épithélium; ils différaient aussi par leurs dimensions très variables des globules de la lymphe, avec laquelle ils présentaient, cependant, le plus d'analogie; mais le seul fait de l'absence des ganglions dans les points occupés par les tumeurs suffit pour écarter toute confusion à ce sujet. Les éléments histologiques dont ces globules peuvent être rapprochés, sont les noyaux ronds des cellules fibro-plastiques, qui, bien distincts des noyaux allongés en grain de

1. *Traité des maladies du sein*, 2e édit., p. 530.
2. Voy. *Bulletin de la Société anatomique*, XXXe année, p. 98.

blé, ont été désignés par M. Robin sous le nom de *cytoblastions*. D'ordinaire, les cytoblastions se rencontrent associés à des corpuscules fusiformes; dans la tumeur gommeuse en question, ainsi que dans les deux tumeurs du pancréas, ils paraissent constituer à eux seuls toute la production morbide, car c'est à peine si l'on y découvre quelques rares éléments fibro-plastiques.

Dans son important travail sur les affections nerveuses syphilitiques, publiée en 1862, M. le Dr Zambaco rapporte, à la page 251, l'observation d'un cachectique qui vint mourir à l'Hôtel-Dieu et qui présentait au sein droit une tumeur ulcérée, rouge et jaunâtre par places. Cette tumeur fut d'abord prise pour un cancer, mais le microscope y découvrit les éléments des tumeurs gommeuses et trancha la question en l'attribuant à la syphilis.

M. Rollet, dans son *Traité des maladies vénériennes*, après avoir dit que, dans les cas bien rares où l'on avait pu anatomiquement observer l'infiltration gommeuse de la mamelle, elle ne différait guère de celle des testicules, rapporte le fait suivant.

Obs. VII. — M. Ollier était sur le point de confondre une tumeur gommeuse de la mamelle, du volume d'un œuf, avec un adénome simple, lorsque, éclairé par d'autres symptômes concomitants (exostoses du sternum, ulcération serpigineuse du bras, cicatrices syphilitiques sur divers points), il administra l'iodure de potassium et fit disparaître toutes ces lésions; la malade rentra plus tard à l'Hôtel-Dieu avec une albuminurie qui guérit aussi au moyen du traitement spécifique.

En 1864, Ambrosoli publiait, dans la *Gazetta medica di Lombardia*, trois observations qui ne laissent pas le moindre doute sur la nature de l'affection[1].

Obs. VIII. — Un jeune homme ayant eu à la verge un chancre, fut atteint plus tard de syphilides cutanées en diverses régions du corps, et enfin d'ulcérations du voile du palais; quatorze jours après la guérison de ces accidents, se développèrent dans les deux mamelles de petites tumeurs dures, mobiles, qui disparurent en peu de temps sous l'influence du traitement à l'iodure de potassium.

Obs. IX. — Une jeune domestique de vingt-quatre ans eut des

1. Thèse de Landreau, p. 24.

plaques muqueuses aux grandes et petites lèvres, papules et pustules à la peau, ganglions inguinaux indurés; ces accidents persistent pendant trois mois, malgré les pilules mercurielles de Ricord. Au bout de ce temps, outre un violent iritis à droite, se montrent à la mamelle deux tumeurs dures, mobiles et légèrement bosselées. La malade guérit complètement après avoir pris 180 grammes d'iodure de potassium.

Obs. X. — Une jeune fille de dix-neuf ans eut un chancre sur la petite lèvre et un bubon inguinal; trente-sept jours après ces accidents, apparition d'ecthyma et de bulles sur le dos de la main et du pied, douleurs ostéocopes. Bientôt, en outre, la mamelle droite devient dure et enflée environ dans le tiers de son étendue et surtout au voisinage du mamelon. La pression, en ce point, produit une légère douleur; la peau n'est pas plus colorée, plus chaude qu'à l'état normal, seulement les ganglions de l'aisselle sont engorgés et douloureux. Après quelques jours, des phénomènes semblables apparaissent à la mamelle gauche, seulement avec une intensité moindre. La malade est soumise au traitement par l'iodure de potassium; elle en prend 200 grammes en trois mois et guérit radicalement.

M. Lancereaux, qui parle de ces trois malades, dit avoir observé un cas semblable[1].

En 1867, le Dr Icard[2] publia une note sur une « tumeur syphilitique simulant un cancer », qui céda à l'iodure de potassium et guérit après un traitement de cinq mois.

Obs. XI. — Femme âgée de cinquante ans; malade à partir de son mariage, remontant à quinze ans; bonne santé jusqu'alors. Depuis cette époque, signes non équivoques de syphilis : éruptions aux parties génitales et douleurs rhumatoïdes; plus tard, syphilides tuberculeuses à forme serpigineuse, ulcérations diverses, angine grave, destruction du voile du palais (1858). En 1863, douleurs de tête violentes et attaques épileptiformes cédant au traitement ioduré, 1864, céphalée nocturne intense et retour des accidents convulsifs, dont le même traitement fait encore justice. En 1865, douleurs ostéocopes et périostoses de la clavicule; la même année, en juillet, apparition dans le sein gauche d'une tumeur à développement rapide.

9 octobre 1865. — La tumeur du sein est de la grosseur d'un œuf de poule, occupant la partie inférieure et externe de la glande ; elle est inégale, dure, bosselée, douloureuse à la pression, et présente

1. *Traité de la syphilis*, p. 223. Paris, 1866.
2. *Journal de médecine de Lyon*, t. VII, p. 21, et thèse de Landreau, p. 2[illegible]

un point ramolli et fluctuant. A ce niveau, la peau est brunâtre et amincie. La tumeur est le siège de douleurs spontanées peu vives, s'irradiant vers l'épaule et le bras correspondant. Dans l'aisselle, trois ganglions durs, indolents, du volume d'une amande. La périostose de la clavicule droite est plus prononcée vers l'extrémité sternale. Santé générale assez bonne. (Une cuillerée à bouche de sirop de Boutigny et frictions sur la tumeur avec une pommade à l'extrait de ciguë.)

27 octobre. — Les douleurs se sont apaisées au bout de quelques jours; la tumeur est réduite au volume d'une noix, et les ganglions axillaires ont beaucoup diminué. Le sirop de Boutigny, fatiguant la malade, est remplacé par l'iodure de potassium à la dose de 0gr,60 par jour.

2 novembre. — La tumeur a sensiblement diminué de volume; les ganglions de l'aisselle sont gros comme de petits haricots. La périostose de la clavicule a également diminué, et les douleurs sont presque nulles; 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

28 novembre. — Depuis la dernière visite, la malade n'a pris que 6 grammes d'iodure de potassium, prétextant de vives douleurs d'estomac sitôt qu'elle augmente la dose. La tumeur a encore diminué de volume, mais dans une faible proportion; il y a toujours un petit point fluctuant; les ganglions axillaires sont revenus à l'état physiologique. Il n'y a plus de douleurs, la malade a repris de l'embonpoint et déclare jouir d'une santé excellente. Emplâtre de Vigo sur la tumeur; une cuillerée à bouche de sirop de deutoiodure de mercure.

9 décembre. — Deux cuillerées de sirop. Nouvelle diminution de la tumeur.

5 janvier 1866. Le médicament est resté sans influence sur le volume de la tumeur, mais a exercé sur les deux seins une action atrophique. La malade, habituellement bien réglée, a une suppression depuis le mois d'octobre. Une pilule d'extrait de ciguë de 0gr,05 et de calomel de 0gr,03.

24 janvier. — Les règles sont revenues la semaine dernière, mais avec moins d'abondance; ce retour a coïncidé avec la réapparition de douleurs dans le sein, et une augmentation sensible de la tumeur qui menace plus que jamais de s'ulcérer.

2 février. — Douleurs vives dans le sein ces jours derniers; la tumeur a sensiblement augmenté. Au niveau du point ramolli, ulcération superficielle blanchâtre avec liséré rouge. 1 gramme d'iodure de potassium par jour, emplâtre de Vigo.

10 février. — L'iodure a été bien supporté; les douleurs mam-

maires se sont rapidement apaisées; aujourd'hui la tumeur a repris le volume qu'elle avait il y a un mois, mais elle présente une ulcération circulaire dont les bords, amincis et décollés, s'appliquent sur une substance blanc jaunâtre, friable, adhérente par sa base au tissu de la glande; 1gr,50 d'iodure de potassium par jour, pansement avec du cérat au calomel.

22 février. — L'ulcère s'est rétréci, mais la substance blanc jaunâtre, mortifiée et ramollie, qui constitue la gomme, se détache très lentement; j'en extrais la plus grande partie sans effusion de sang, à l'aide de la pince et des ciseaux. Il reste une cavité dont les parois indurées sont recouvertes d'une couche blanche putrilagineuse. La clavicule droite, où siégeait la périostose, est à peine plus volumineuse que la gauche. On continue l'iodure.

A partir de ce jour la plaie marche lentement, mais régulièrement vers la cicatrisation. La guérison était complète au 15 mars.

L'état de santé où se trouvait Mme R... pouvait faire présumer que la tumeur du sein était syphilitique; les signes objectifs, tels que l'aspect bosselé, le rapide développement, la tendance à l'ulcération, la présence des ganglions axillaires, n'excluaient pas davantage l'idée d'un cancer mammaire. A défaut de signes univoques fournis par la séméiotique ordinaire, je devais chercher un complément de preuves dans l'essai du traitement antisyphilitique; les bénéfices flagrants de ce traitement ne laissèrent bientôt plus subsister de doutes sur l'existence d'une mastite gommeuse. Plus tard encore, l'ouverture spontanée de la tumeur, en mettant sous les yeux le tissu caractéristique de la gomme, vint ajouter une dernière preuve, et celle-là irréfutable, en faveur de la nature de la lésion.

Hennig[1] donne l'observation suivante d'une femme de cinquante-cinq ans, qu'il n'a pas connue durant sa vie; il sait seulement qu'elle est restée quatre ans au lit pour une carie syphilitique des os du genou. L'autopsie donna les renseignements suivants :

Obs. XII. — Au ventre et aux seins se trouvent des traces de grossesse; en outre, sur le sein droit, cicatrices d'ecthyma. Aucun autre changement extérieur; aucune altération dans la partie adipeuse de la mamelle; entre les canaux galactophores, et les comprimant un peu, se trouve au milieu de chaque glande, et surtout un peu plus près de la surface antérieure, une gomme de 6 centimètres de longueur, 7 de largeur et 3 d'épaisseur. La tumeur d

1. *Arch. für Gynæcol.*, 1871, t. II, p. 350. Thèse de Landreau, p. 27.

sein droit, située en dedans et au-dessous du mamelon, est caséeuse au milieu. De ces deux renflements partent à travers le tissu conjonctif, œdémateux à gauche, d'un rouge brun et un peu gélatiniforme, des noyaux aplatis, à direction centrifuge, se limitant à la périphérie; par suite tout le néoplasme paraît légèrement inégal; il occupe de chaque côté par sa surface le tiers du disque de la glande.

Obs. XIII[1]. — Th..., mécanicien, quarante-sept ans, contracte en 1867 un chancre préputial, qui ne guérit qu'au bout de six semaines; à la suite, plaques muqueuses; traitement par des pilules mercurielles. En novembre 1871, atteint d'albuminurie, il entre à l'hôpital Saint-Antoine.

En mars 1872, tuméfaction lentement progressive du sein gauche, avec sensation d'une sorte d'empâtement discoïde de cet organe; peu à peu l'induration se circonscrit, s'isole, de manière à former une tumeur arrondie : la peau restée normale ne lui est pas adhérente. Peu à peu cette tumeur fait saillie à la partie externe et supérieure du mamelon, et finit par acquérir le volume d'une pomme d'api; la peau se modifie à son tour et prend une teinte violacée. Dans les premiers jours d'avril, une tumeur semblable apparaît un peu au-dessus du sein droit; elle siège dans le tissu cellulaire sous-cutané, et acquiert bientôt le volume d'un marron. Alors on songe à la possibilité d'une tumeur gommeuse, et l'iodure de potassium est administré à la dose de 1 gramme, puis de $1^{gr},50$. A partir de ce moment, la tumeur du sein droit qui était un peu ramollie à son centre, se résorbe progressivement; l'autre tumeur diminue également, mais moins que la précédente.

Le 10 juin, ce malade, dont l'état général s'est notablement amélioré, demande sa sortie. La tumeur du sein gauche a entièrement disparu, et à sa place existe une dépression au pourtour de laquelle on peut sentir les lobules de la glande mammaire. La tumeur située au-devant du grand pectoral a aussi considérablement diminué et est réduite au volume d'un haricot.

Obs. XIV. — Au mois de décembre 1872, la demoiselle G..., âgée de vingt ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Alph. Guérin. Deux ans auparavant, elle a eu à la vulve un chancre induré, avec induration des ganglions inguinaux; plus tard, plaques muqueuses de la gorge et ulcérations du voile du palais. Peu à peu ces accidents ont disparu sous l'influence du traitement mercuriel.

1. Horteloup, Thèse d'agrégation, 1872, p. 44.

Au moment de son entrée à l'hôpital, cette malade porte au sein droit une tumeur dure, légèrement bosselée, mobile, absolument indolente; à son niveau, la coloration de la peau est normale; les ganglions de l'aisselle sont absolument sains. On hésitait à diagnostiquer une tumeur gommeuse du sein; cependant les antécédents de la malade, son âge, les caractères de la tumeur et des ganglions, ne permettaient pas de croire à une tumeur maligne. La question fut bientôt jugée par l'apparition d'une tumeur gommeuse à la jambe gauche; il ne fut plus douteux dès lors que la tumeur mammaire ne fût, elle aussi, sous la dépendance de la syphilis; le traitement spécifique continué pendant trois mois amena la guérison complète des deux tumeurs.

Obs. XV. — En 1869, M. Verneuil vit à l'hôpital Lariboisière une femme vieille, maigre, cachectique, qui présentait au sein gauche une tumeur du volume d'un gros œuf, ulcérée à son sommet, et ayant l'aspect d'un cratère gommeux à bords taillés à pic; bien que cette tumeur datât d'une année, elle était restée complètement mobile, sans adhérence avec les parties sous-jacentes; les ganglions de l'aisselle n'étaient point pris; l'ouverture, qui aurait permis l'introduction de l'index à un centimètre de profondeur, laissait écouler un pus verdâtre, sans détritus; ses bords, un peu renversés en dedans, n'étaient point indurés. La mamelle droite présentait, elle aussi, sept ou huit nodosités arrondies, circonscrites, dures, mobiles, sans adhérence avec les parties sous-jacentes; la mamelle en totalité était elle-même très mobile sur les parties profondes.

La malade entre à l'hôpital dans un état très précaire; interrogée sur ses antécédents, elle reconnaît avoir eu la vérole; cette notion, aidée de l'aspect insolite de l'affection du sein gauche et de l'altération simultanée du sein droit, fait diagnostiquer de ce côté une gomme ulcérée.

Traitement par l'iodure de potassium, qui amène une amélioration extraordinaire dans l'état général de la malade; sa plaie se ferme en partie. Sur sa demande elle quitte le service; dès ce jour, malgré les recommandations qui lui sont faites, elle cesse le traitement antisyphilitique; aussi elle ne tarde pas à revenir, mais cette fois dans un état lamentable; quelques jours après elle succombe, avec des signes de généralisation. Autopsie impossible.

Il est certain que, sans beaucoup s'avancer, on pouvait diagnostiquer une gomme ulcérée dans le cas actuel, en présence des caractères de la tumeur, et surtout après les bénéfices flagrants de l'iodure

de potassium ; il faut néanmoins reconnaître que l'état cachectique des derniers jours permettait de croire à une diathèse cancéreuse.

Obs. XVI. — *Tumeur de la mamelle chez une syphilitique. — Extirpation du sein. — Tétanos. — Trachéotomie. — Guérison. Récidive de la tumeur. — Érysipèles à répétition. — Mort.*

Femme D..., vingt-huit ans, robuste, d'une forte constitution, paraissant se bien porter, a eu la syphilis il y a quelques années[1].

Au mois de décembre 1871, elle s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une tumeur située à la base du sein gauche, un peu au-dessous du mamelon, de la grosseur d'une noix, dure, mobile, indolente, et qu'elle couvrit d'abord de pommade belladonée; la tumeur continue à s'accroître et s'ouvre bientôt.

La malade entra le 7 mai 1872 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Verneuil; à ce moment elle présentait à la partie externe du sein gauche une ulcération longue de 3 centimètres 1/2, large de 1/2 centimètre, et profonde de 1 centimètre; les bords sont taillés à pic, un peu renversés en dedans et dépourvus de toute induration; le fond de la plaie ne renferme pas de détritus, comme on en voit au fond des cancers ulcérés; il s'en écoule un pus de bon aspect et non fétide. A 1 centimètre de l'ulcère, les téguments sont absolument normaux, et les ganglions de l'aisselle ne sont pas engorgés; toute la région est indolente, sauf une douleur sternale très intense et intolérable à la pression, ainsi que cela se voit parfois dans la syphilis.

Les antécédents de la malade et l'existence actuelle de quelques pustules d'ecthyma en divers points du corps font croire que la lésion du sein, qui, du reste, ne ressemble pas à un cancer, est une gomme ulcérée de la mamelle. En conséquence, on prescrit le traitement antisyphilitique, mais aucune amélioration ne survient.

Au commencement de juillet, érysipèle grave qui, parti de la plaie, s'étend à presque tout le corps; les ganglions s'enflamment et suppurent.

Le 24 juillet, M. Verneuil pratique l'extirpation de la tumeur : tout le sein gauche est enlevé, et la cicatrisation marche rapidement. Tout va bien, et la malade, qui n'est plus tourmentée que par quelques douleurs névralgiques, doit dans quelques jours retourner chez elle. Sur ces entrefaites, environ vingt jours après l'opération, elle est

1. Cette observation a déjà été rapportée plus haut, p. 237, à propos de la trachéotomie dans le tétanos.

prise d'un violent tétanos avec suffocation menaçante; elle est presque mourante lorsque M. Verneuil pratique la trachéotomie. A partir de ce moment, elle va de mieux en mieux, et quitte l'hôpital le 17 septembre 1872 en parfait état : la plaie est complètement cicatrisée.

Vers la fin de la même année, la cicatrice se couvre de quelques boutons plats, rouges, et qui se mettent à suppurer; la plaie se rouvre, et la malade entre le 11 janvier 1873 à la Pitié dans le service de M. Verneuil.

On n'appliqua que des cataplasmes sur la plaie; le 26 janvier, violent érysipèle, qui commença par la poitrine et finit par le bras gauche. A la même époque, apparaissent des boutons et des pustules d'ecthyma en divers points du corps, sur le dos, la face et la poitrine. La plaie du sein est irrégulière, et tout autour d'elle, se présentent, dans la peau violacée à leur niveau, de nombreux petits noyaux durs et disséminés sur la surface de la poitrine.

M. Fournier vit la malade à ce moment et déclara qu'il ne s'agissait pas là d'un cancer, mais bien d'une syphilis maligne, dont on ne se rendrait maître par aucun moyen.

A partir de ce jour la malade eut plus de vingt érysipèles qui occupèrent le tronc ou les bras, laissant après eux un œdème dur rougeâtre, violacé[1]; elle tomba dans un état d'épuisement extrême.

Le 4 juillet, fracture spontanée du fémur. Les ulcérations, très étendues, douloureuses, recouvertes de croûtes verdâtres, suppurent abondamment; la malade succombe bientôt. L'autopsie n'a pu être faite[2].

Obs. XVII. — Marie G..., couturière, cinquante-six ans, entre le 18 avril 1874 à la Pitié, service de M. Verneuil. Réglée à quatorze ans, et mariée à vingt-trois, elle est deux fois mère dans les trois années suivantes; ses grossesses n'ont rien présenté d'anormal, elles ont bien évolué jusqu'à la délivrance, qui a été heureuse dans les deux cas; les deux enfants vivent encore.

A quarante-cinq ans, elle devient encore enceinte, et cette fois les choses ne se passent pas aussi favorablement : les règles continuent, quoique très peu abondantes jusqu'au quatrième mois, pour fai

1. J'ai parlé plus longuement de cette forme d'érysipèle chez cette mal[ade] dans le tome IV de mes *Mémoires*, p. 710.

2. Il ne s'agissait point ici d'un syphilome mammaire, mais d'un ca[ncer] [m]odifié par la syphilis, c'est-à-dire d'une de ces tumeurs *hybrides*, syph[ilo-ca]ncéreuses, que je connaissais encore mal à cette époque. — A. V. 1887.

place à d'abondantes flueurs blanches qui fatiguent beaucoup la malade et durent jusqu'au moment de l'accouchement; l'enfant très chétif, meurt quelques jours après sa naissance, portant des tumeurs à la nuque et des taches à la peau. Suites de couches très mauvaises, et pendant quatre mois encore, pertes blanches en quantité considérable. Depuis, les règles n'ont pas reparu, et la malade, qui, un an auparavant, se portait à merveille, perdit ses forces, son embonpoint, et tout porte à croire qu'elle était déjà sous le coup d'une syphilis dont elle ne veut pas reconnaître l'existence (peut-être l'ignore-t-elle réellement), mais dont elle porte aujourd'hui des traces évidentes, telles que : ecthyma en divers points du corps, périostoses du tibia et de la clavicule.

Il y a sept ans, elle a vu apparaître dans les deux seins une série de petites tumeurs variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de pigeon, dures, bosselées et comme perdues au milieu des tissus. Ces tumeurs étaient difficiles à circonscrire complètement et à isoler du reste de la mamelle, dont elles semblaient faire partie; elles disparurent toutes plus ou moins rapidement à la suite d'un traitement à l'iodure de potassium, pour reparaître bientôt après, la malade ayant prématurément abandonné le traitement. Nouveau traitement, nouvelle disparition des tumeurs; cependant certaines d'entre elles, plus développées que les autres, plus voisines de la peau qu'elles soulevaient et tendaient à ulcérer, ont été ouvertes par le bistouri et ont laissé écouler un sang sale, épais, purulent, puis se sont cicatrisées. Les choses en étaient là, et tous les accidents du côté des seins avaient disparu, lorsque, il y a quatre ans, la malade eut au genou gauche une arthrite d'une violence extrême, qui dura plus d'un an et qui, après avoir résisté à plusieurs traitements topiques très énergiques, ne céda qu'à l'iodure de potassium; du jour où ce médicament a été employé, la guérison a marché d'un pas rapide, laissant toutefois une ankylose complète et une tuméfaction considérable de l'articulation. La promptitude des guérisons obtenues par l'iodure de potassium dans ces cas de tumeurs mammaires et d'arthrite plaidait évidemment en faveur de l'hypothèse de la syphilis.

Il y a huit mois, apparition au sein droit, un peu au-dessus et en dehors du mamelon, d'une tumeur analogue à celles qu'elle avait eues précédemment aux deux seins; du volume d'une noisette, cette tumeur était recouverte d'une petite plaque blanchâtre, que la malade compare aux cicatrices existant encore aujourd'hui au sein gauche; tumeur et plaque cicatricielle adhéraient entre elles et étaient

absolument indolentes. Trois mois après le début, la tumeur, qui avait notablement augmenté de volume, se ramollit un peu, se rapprocha de la surface et se dessina de plus en plus; à son niveau, la peau prit une teinte rouge, resta quelque temps stationnaire, devint violacée, s'amincit, se perfora et laissa écouler par l'orifice unique un pus blanchâtre et bien épais. Tout d'abord la malade n'y fit guère attention et se borna à maintenir la plaie dans un grand état de propreté, puis plus tard appliqua divers onguents, sans pouvoir retarder la marche envahissante du travail d'ulcération; bientôt le mamelon lui-même disparut; la malade inquiète entre alors à l'hôpital.

A ce moment, on observe, à la partie moyenne du sein droit, une ulcération assez régulièrement circulaire, mesurant environ 6 centimètres et demi de diamètre. Le fond de cet ulcère est, à la partie centrale, franchement rosé, d'assez bon aspect, et présentant un grand nombre de bourgeons charnus; il repose sur le bord antérieur du grand pectoral, dont on reconnaît fort bien les faisceaux musculaires, surtout en faisant entrer le muscle en contraction. A la circonférence, le fond de la plaie présente des aspects variables : tandis qu'en haut et en dehors on retrouve la coloration rosée et les bourgeons charnus du centre, en bas et en dedans, au contraire, dans les deux tiers de la circonférence, sous les bords décollés et à leur niveau, on voit une matière grisâtre, sanieuse, pulpeuse, noire par places, constituée par des débris d'eschare et ressemblant en tous points à la matière que l'on rencontre au fond des gommes ulcérées ordinaires.

Le bord est soudé au fond de l'ulcère à la partie supérieure et externe, taillé un peu en biseau aux dépens de la face profonde festonné, irrégulier et très légèrement renversé en dedans. Au palper, on sent la peau un peu épaissie, faiblement indurée, mais à une très courte distance elle revient à l'état normal.

Le bord est plus tuméfié à la partie inférieure, au niveau du décollement, un peu plus renversé en dedans, mais présente à part cela tous les caractères précédents : nulle part sur ce pourtour on ne voit de végétations papillaires, de taches veineuses réticulées, de plaques légèrement saillantes, d'aspect érectile et variqueux, comme on en rencontre si fréquemment au voisinage des cancers; le fond de l'ulcère ne présente non plus aucune de ces productions; la plaie donne un pus peu abondant, grisâtre, n'exhalant aucune odeur fétide; depuis le début jusqu'à ce jour il n'y a pas eu la plus petite hémorrhagie. La malade n'accuse que de bien rares douleurs spontanées

et encore ces douleurs sont-elles peu intenses, à peine appréciables; les explorations diverses et répétées de la tumeur sont elles-mêmes absolument indolentes; c'est ainsi que l'on peut aisément et sans provoquer la moindre douleur faire glisser toute la partie ulcérée sur les parties profondes, la région tout entière ayant conservé sa mobilité, comme si elle n'était le siège d'aucune inflammation chronique.

Au voisinage de l'ulcération, les parties sont absolument saines et paraissent rester étrangères au travail morbide qui s'élabore auprès d'elles. Du côté de l'aisselle seulement, on sent un cordon assez dur, peu volumineux cependant, car il a pu échapper à une première exploration; sur un point il est fusiforme, de sorte qu'il est difficile de décider s'il y a là un ganglion dur, ou simplement une lymphangite indurée.

Le sein gauche, qui a été autrefois le siège de productions morbides et de tumeurs multiples, est aujourd'hui à peu près sain, et on ne constate que très difficilement les restes presque imperceptibles des anciennes tumeurs.

L'état général est relativement bon : la peau n'a nullement la teinte jaunâtre ou cireuse, signe de cachexie cancéreuse; l'appétit est conservé, et les selles n'ont pas cessé d'être régulières.

Étant donnés les antécédents de la malade, il importe de rechercher quelle est la nature de l'ulcération que nous venons de décrire. Est-elle sous la dépendance d'une diathèse tuberculeuse, scrofuleuse, cancéreuse ou syphilitique?

Outre que la malade a passé l'âge où se présentent ordinairement les manifestations de la scrofule, son état général, ses antécédents ne permettent pas de songer à cette diathèse.

On ne peut pas croire non plus à une ulcération de nature tuberculeuse : la rapidité d'évolution de la tumeur, la largeur de l'ulcération, l'absence d'infiltration des ganglions de l'aisselle, l'état général de la malade, l'inspection des poumons qui paraissent entièrement sains, sont autant de motifs pour rejeter le diagnostic de tubercules.

L'ulcère n'a pas non plus le cachet du cancer, ni sa marche caractéristique; l'absence presque absolue d'épaississement, d'induration des bords, de varicosités, de végétations papillaires, d'hémorrhagies et de douleurs; l'état des ganglions de l'aisselle, presque sains malgré l'étendue de l'ulcération, et l'état général, sont des signes négatifs qui éloignent l'idée de cancer et font croire plutôt à une gomme ulcérée; ce diagnostic, auquel on arrive par exclusion, est

d'ailleurs d'autant plus rationnel qu'il est appuyé par les antécédents certainement syphilitiques de la malade, et par les traces encore visibles des manifestations de cette diathèse.

Les gommes ordinaires, il est vrai, n'ont pas l'habitude de se comporter entièrement comme notre tumeur; nous allons voir sous quels rapports elles en diffèrent.

Les gommes débutent d'ordinaire par une tumeur indolente, siégeant, soit dans les parenchymes, soit, et le plus souvent, dans le tissu cellulaire, acquérant un certain volume, en général peu considérable, avant de s'ulcérer. C'est en tous points le cas de notre malade et jusqu'ici il y a ressemblance absolue. Plus tard, lorsque, par un vrai travail de sphacèle, la gomme s'est ulcérée, elle se présente sous l'aspect d'une plaie assez analogue à celle que nous venons de décrire. Il est vrai que les bords de la gomme suppurée sont lilas, violacés; que cette teinte s'étend plus ou moins loin des bords, que leur fond, très rarement détergé, est recouvert d'un enduit de détritus jaunâtre, pulpeux, assez adhérent, et que ces derniers caractères ne se rencontrent sur notre ulcération que dans la partie inférieure seulement, où existe le décollement, et un peu au-dessus. Quant aux ganglions de voisinage, on avait longtemps admis qu'ils restaient intacts dans les cas de gomme ulcérée; cette proposition n'est pas absolument vraie : M. Verneuil, et après lui plusieurs auteurs, ont montré que parfois on rencontrait les ganglions indurés dans la période tertiaire. Virchow semble admettre que l'adénopathie viscérale est la règle. La présence d'un ganglion dans l'aisselle n'est donc pas incompatible avec l'idée de syphilis sans toutefois plaider pour elle.

En résumé, nous sommes très probablement en présence d'une tumeur gommeuse ulcérée de la mamelle. M. Verneuil avait diagnostiqué une ulcération de nature syphilitique, d'accord avec M. Fournier, qui vit la malade, avant que celle-ci nous eut raconté en détail son histoire, et avant tout examen général. Ces précieux indices, recueillis ultérieurement, n'ont fait que confirmer le diagnostic porté et légitimer le traitement par l'iodure de potassium.

Le 19, jour de l'entrée de l'hôpital, la plaie est pansée à l'eau phagédénique; la malade prend en outre 2 grammes d'iodure de potassium, l'un le matin, l'autre le soir.

Le 24. — La plaie est complètement détergée; elle ressemble presque à une plaie simple; l'épaississement, le renversement des bords s'efface; la légère induration qui existait il y a six jours a toutefois persisté; les bourgeons charnus sont de plus en plus dev

loppés; la mensuration donne 6 centimètres dans tous les sens; l'ulcère s'est donc rétréci de 1/2 centimètre dans ses divers diamètres.

1er mai. — La plaie est rouge, bourgeonnante dans toute son étendue; elle donne un pus de bonne nature; le décollement n'existe plus à la partie inférieure, le ganglion est stationnaire; l'induration augmente.

8 mai. — L'induration a encore augmenté; mais la plaie se rétrécit; elle mesure 4 centimètres en hauteur et 4 1/2 en longueur.

15 mai. — La cicatrisation marche rapidement, la plaie mesure 3 ou 4 centimètres. Pansement simple.

20 mai. — La suppuration est presque nulle, bourgeons exubérants.

26 mai. — A la partie supérieure et interne, le bord de l'ancienne plaie a acquis une dureté considérable, rappelant le squirrhe; cette induration s'étend sur une longueur de 5 centimètres et une largeur de 1 à 2 centimètres. La peau est adhérente à ce niveau. Quoi qu'il en soit, la plaie est complètement cicatrisée. Il a donc suffi de trente-cinq jours à une ulcération presque circulaire, de 0m,065 de diamètre, pour se fermer complètement sous l'influence de l'iodure de potassium. La malade se lève; mais comme pour marcher elle est obligée de s'appuyer du bras droit sur un bâton (à cause de l'ankylose du genou), sa cicatrice encore toute nouvelle se trouve tiraillée en tous sens et se rompt; aussi deux jours après nous constatons une ulcération nouvelle qui, progressant rapidement, mesure déjà 2 centimètres de diamètre. La malade se remet au lit et l'on fait un pansement avec des bandelettes de Vigo.

A ce moment, pour cause d'insalubrité, la salle Saint-Augustin est évacuée, et la malade quitte la Pitié; de ce jour elle cesse tout traitement; et, lorsque quinze jours après elle entre à la Salpêtrière, sa plaie s'est agrandie, et le bord interne est dur comme du bois. Il y a toujours indolence absolue; le ganglion axillaire est resté tel que nous l'avons observé. Le traitement spécifique est repris. Nous voyons la malade vingt jours après; sa plaie a beaucoup diminué, et l'induration du bord interne paraît se résoudre; dans un espace de 2 centimètres, la peau a repris sa souplesse et sa mobilité; nous espérons une issue favorable[1].

1. Nous avons appris que la malade avait fini par succomber avec les signes d'un cancer généralisé. Il s'agissait donc ici encore d'un hybride cancéro-syphilitique, très curieux à cause de l'action résolutive que conserva longtemps l'iodure de potassium, ce médicament si funeste en cas de cancer simple. — A. V. 1887

ÉTIOLOGIE

On a dû souvent confondre le syphilome de la mamelle avec des tumeurs de nature différente : aussi ne croyons-nous pas que cette affection soit en somme aussi rare qu'on serait tenté de le croire d'après le peu d'exemples qui en ont été relatés. Néanmoins, j'ai entendu dire à M. Fournier, dont la compétence et l'expérience sont si grandes en pareille matière, qu'il ne possédait que deux cas de ce genre, et encore ne les croyait-il pas assez authentiques pour servir de base à une étude clinique sérieuse.

Étant donnés le développement, l'activité fonctionnelle de la glande mammaire chez la femme, son état rudimentaire et sa nullité physiologique chez l'homme, on serait disposé à croire *a priori* que, seules, les femmes sont sujettes aux tumeurs syphilitiques de ces organes; il n'en est rien cependant, car parmi les quelques observations publiées, quatre se sont rencontrées chez des hommes.

On ne peut rien dire de l'influence de certaines causes efficientes, telles que blessures, contusions, troubles de la lactation, de la menstruation que l'on invoque si volontiers et avec raison lorsqu'il s'agit de cancers ou d'adénomes de la mamelle; l'attention n'a pas été dirigée de ce côté.

La gomme de la mamelle peut s'observer à tous les âges, comme l'infection syphilitique elle-même, dont elle est la manifestation.

SYMPTOMATOLOGIE.

Il n'existe au début de la gomme de la mamelle aucune douleur, aucune gêne particulières; aussi est-ce le plus souvent par hasard que les malades découvrent leur affection en se touchant le sein. Ils constatent alors, quelque part dans la glande, l'existence d'une petite tumeur qui, d'une façon lente et progressive, augmente de volume et se présente bientôt avec des caractères nettement appréciables : elle est dure, inégale, peu ou point bosselée, indolente ou fort peu douloureuse; d'autres fois, le début est signalé par un empâtement discoïde assez étendu; puis, peu à peu, l'induration se circonscrit, s'isole de façon à former une tumeur arrondie.

Ces deux modes différents de production répondent aux dénominations de *mastite circonscrite* et de *mastite diffuse*, que leur donne M. Lancereaux.

Dans tous les cas, la peau qui recouvre la tumeur ne lui adhère pas, ou tout au moins, ne lui est rattachée que par de faibles brides; elle est toujours normale. A ce moment, on ne constate dans l'aisselle qu'une très légère tension sub-inflammatoire des ganglions, ou même, et c'est le cas le plus fréquent, aucun retentissement ganglionnaire; l'évolution de cette tumeur est plus ou moins rapide et, entre le deuxième et le quatrième mois, quelquefois plus tôt, lorsqu'elle a acquis le volume d'un œuf de pigeon, on la voit se ramollir du centre à la périphérie, faire saillie à l'extérieur et adhérer à la face profonde du derme; tous ces phénomènes se sont passés sans douleur et sans élévation de température. C'est alors que la peau subit quelques modifications : elle devient rouge, violacée, s'amincit, se perfore et livre passage à un pus épais, visqueux, sale, grisâtre, peu abondant et contenant des détritus de tissus sphacélés. La plaie grandit en largeur plutôt qu'en profondeur; les bords en sont peu enflammés, taillés en biseau aux dépens de la face profonde, renversés en dedans, légèrement indurés et tuméfiés. Au pourtour de la plaie, la peau n'est ni sillonnée de veines variqueuses, ni recouverte de végétations papillaires; elle est absolument saine. Le fond de l'ulcère, d'abord grisâtre, recouvert d'une matière pulpeuse et adhérente, se déterge et laisse voir des bourgeons charnus rosés, qui vont vite se multiplier; la cicatrisation s'effectue, laissant après elle une cicatrice blanchâtre, plus ou moins exactement circulaire, déprimée et brunâtre à son pourtour. L'iodure de potassium à l'intérieur modifie très rapidement la marche de la maladie, il l'enraie en quelque sorte, et, suivant l'époque de l'intervention, il résout la gomme, si elle est à l'état de tumeur, ou amène une prompte cicatrisation lorsqu'elle est ulcérée. Pendant toute la durée de l'affection locale, on ne constate pas d'accidents généraux ; l'état des malades est relativement des plus satisfaisants; il ne serait pas juste de rapporter à la gomme certains états cachectiques qui s'observent parfois dans des cas de ce genre, et qui sont dus à la syphilis constitutionnelle.

DIAGNOSTIC.

Après avoir passé en revue les affections diverses de la mamelle susceptibles d'être confondues avec la gomme, et essayé de faire

ressortir les signes et les symptômes qui permettent de diagnostiquer une tumeur ou une ulcération syphilitiques, M. Landreau est loin d'arriver à une certitude complète.

Les choses se présentent-elles d'une façon aussi simple, aussi frappante? demande-t-il. Non, certainement. S'il en était ainsi, l'histoire de cette affection serait déjà faite et de longue date, et nous n'en serions pas à rechercher aujourd'hui quelques signes rares et parfois douteux, qui puissent servir de base au diagnostic différentiel. C'est qu'en effet la tumeur et l'ulcération typiques, dont nous avons donné la marche et la symptomatologie, ne ressemblent pas à l'universalité des cas. Il s'en faut de beaucoup que ces affections, de nature et d'origine communes, se présentent à la région mammaire avec les mêmes caractères constants; et, suivant qu'elles sont plus ou moins anciennes, qu'elles ont plus ou moins envahi la glande mammaire, qu'elles ont subi ou non un traitement qui en modifie la physionomie, elles peuvent revêtir à diverses périodes l'aspect cancéreux [1].

Dans nos trois dernières observations, nous voyons ce fait très curieux de trois malades, ayant eu la syphilis, porter des tumeurs du sein reconnues comme syphilitiques; ces trois tumeurs sont très notablement améliorées et même momentanément guéries par le traitement spécifique; puis, plus tard, elles paraissent se comporter comme des cancers. Les deux premières malades ont des récidives, tombent dans un état cachectique épouvantable et meurent; la troisième, encore en observation après une cicatrisation complète et rapide, voit les bords de l'ancienne plaie acquérir un degré de dureté assez grand pour faire croire à un squirrhe ligneux à qui n'aurait pas suivi l'évolution de la gomme et n'aurait pas été témoin de sa rapide cicatrisation.

Faut-il voir dans ces derniers cas simplement des syphilis rebelles ou des tumeurs malignes greffées sur des affections syphilitiques? Nous ne saurions le dire. N'est-il pas admissible qu'un syphilitique

1. Dans les cas de diagnostic douteux, la présence d'autres manifestations syphilitiques, comme dans le fait de M. Ollier cité plus haut, p. 467, ou d'une autre tumeur de même nature, pourra être une indication précieuse.

« Cette tumeur, dit M. le professeur Richet, se présente dans l'origine avec tous les caractères d'une tumeur squirrheuse, et j'avoue, dans un cas, avoir été sur le point de pratiquer l'extirpation du sein, lorsque la découverte d'une autre tumeur, sinon semblable, au moins analogue, dans l'épaisseur du mollet, m'arrêta et me fit réfléchir. La disparition simultanée de ces deux tumeurs, sous l'influence d'un traitement approprié, acheva de m'ouvrir les yeux. » (Traité *pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 3e édit., 1866, p. 566.)

puisse être en même temps cancéreux, qu'une gomme puisse se compliquer d'une tumeur cancéreuse, et qu'alors les caractères de l'une et de l'autre se confondent au point de rendre difficile et même impossible tout diagnostic exact[1]? Dans les cas douteux, lorsque la tumeur ou l'ulcération n'auront pas des caractères bien nets et bien francs, il est évident que le diagnostic se simplifiera si le malade nous apprend qu'il a eu la vérole, ou si nous retrouvons sur lui les traces de cette diathèse : l'affection du sein aura bien des chances pour être de nature syphilitique ; mais nous n'en aurons pas la certitude. Dans ces cas, nous avons heureusement sous la main un agent puissant pour éclairer le diagnostic incertain : c'est le traitement par l'iodure de potassium. Autant ce médicament exerce une action rapide sur la tumeur syphilitique, autant il est inerte et impuissant sur le squirrhe ou autre affection cancéreuse. « Un squirrhe réel, dépendant de la diathèse cancéreuse, n'a jamais cédé aux hydrargyriques, loin de là, » disait Yvaren.

A son tour, Velpeau disait, dans son *Traité des maladies du sein* : « J'ai certainement prescrit l'iodure de potassium à plusieurs centaines de femmes atteintes de cancer. La vérité est que je n'ai jamais vu ce médicament modifier d'une manière évidente, dans le sens de la guérison, un seul squirrhe, un seul encéphaloïde, un seul cancer chondroïde ou fibro-plastique, une seule mélanose ou un seul cancer épithélial bien caractérisé, soit à la mamelle, soit ailleurs[2].

« J'ai pu observer un grand nombre d'adénomes de la mamelle ; j'en ai vu quelques-uns disparaître spontanément, ou lorsqu'on ne les traitait que depuis quelque temps ; mais il me serait difficile d'en citer qui, ayant dépassé le volume d'un petit marron, aient pu céder aux moyens médicamenteux dirigés contre eux. »

L'iodure de potassium peut donc, dans les cas douteux, rendre d'immenses services ; il indiquera au chirurgien la nature syphilitique de l'affection, et si par hasard ce médicament n'amenait aucune amélioration, s'il n'y avait point de syphilis, il ne faudrait pas trop regretter de s'être adressé à cet agent ; les quelques inconvénients qu'il peut avoir sur les muqueuses, digestives ou autres, sur l'appa-

1. Cette hypothèse de l'association des deux maladies, émise avec hésitation dans la thèse de M. Landreau, a été amplement exposée et justifiée par M. Ozenne, dont nous résumerons plus loin l'importante thèse inaugurale. — A. V.

2. Ce qui n'empêche que sur vingt malades atteintes de carcinome mammaire et qui viennent nous consulter après avoir suivi un traitement, dix-huit au moins ont été soumises à l'iodure de potassium *intus et extrà*. Il est impossible de comprendre l'obstination des praticiens sur un point aussi clair de thérapeutique. — A. V., 1887.

reil glandulaire, ne peuvent entrer en ligne de compte avec les avantages considérables que l'on aura retirés de son emploi dans les cas réels de syphilis tertiaire. A ce propos, M. Maisonneuve n'admet pas, lorsqu'il plane le moindre doute sur la nature d'une tumeur, que l'on puisse soumettre le malade à une opération grave sans avoir tenté contre ce mal la puissance des préparations iodurées.

PRONOSTIC

La gomme de la mamelle peut être envisagée sous deux aspects bien différents au point de vue du pronostic, suivant que l'on recherche le caractère de gravité de la syphilis en elle-même, arrivée à la période tertiaire, ou simplement de la tumeur gommeuse qui en est la manifestation symptomatique; en un mot, suivant que l'on veut établir un pronostic général ou local. On aura raison dans le premier cas de porter un pronostic sérieux, car la présence de gommes, indices de syphilis tertiaire, dénote une atteinte profonde de l'organisme, et l'on doit regarder la vérole comme une maladie redoutable devant inspirer les plus grandes inquiétudes; au contraire, si l'on ne regarde que la tumeur, comme affection locale, son mode d'évolution, la rareté des troubles locaux ou généraux qu'elle peut amener avec elle, la façon dont elle se comporte habituellement sous l'influence de l'iodure de potassium, et sa terminaison la plus ordinaire par la guérison, on peut légitimement porter un pronostic heureux. Toutefois il ne faut pas trop généraliser, et se hâter de toujours porter un tel pronostic bénin; il importe de laisser une place à l'exception et de se rappeler que certains accidents, notoirement reconnus comme appartenant à la syphilis tertiaire, sont restés rebelles à l'iodure de potassium, ont continué leur marche envahissante et entraîné la mort du malade. Nos deux dernières observations en donnent la preuve bien évidente[1].

Dans ses leçons cliniques sur les gommes du tissu cellulaire, M. Fournier attache une importance pronostique considérable au nombre des gommes. « Une, deux, trois gommes, dit-il, n'ont pas de signification plus particulièrement sombre que tel autre accident tertiaire; elles n'annonçent pas une syphilis spécialement grave; il n'en est pas de même si des gommes multiples surviennent simul-

1. Je rappelle les réserves faites plus haut relativement aux vraies causes de la mort dans ces deux cas. — A. V., 1887.

tanément ou se succèdent à de courts intervalles. Elles attestent une *infection* profonde, une fâcheuse tendance de la diathèse à des productions morbides multiples et redoutables, et à une action grave sur l'état général. »

TRAITEMENT

Localement, si la gomme est encore à l'état de la tumeur, on pourra favoriser la résolution à l'aide de frictions mercurielles ou iodurées. Si la tumeur est franchement abcédée, on pourra l'ouvrir avec le bistouri ; mais, à part ce cas, il faut s'interdire toute intervention chirurgicale, la gomme fût-elle très ramollie. Plus tard, à la période d'ulcération, on se trouvera bien des pansements désinfectants ou de pommades résolutives un peu excitantes. Lorsque la cicatrisation commencera, on emploiera les solutions iodées de plus en plus concentrées. L'eau phagédénique et, plus tard, les bandelettes de Vigo, donneront d'excellents résultats.

On a conseillé d'opposer aux gommes des agents plus énergiques, tels que la vésication et l'extirpation; on les emploie peu. On a aussi proposé de détruire la tumeur par des cautérisations profondes, énergiques, surtout dans le cas d'une gomme petite, superficielle, tardant à se résoudre, ou donnant une suppuration intarissable.

Outre ce traitement local, il est de la plus haute importance de recourir de suite au traitement général. Ici nous retrouvons en première ligne l'iodure de potassium, qu'il faut employer en élevant progressivement la dose, suivant les effets produits, de 1, 2, 3, jusqu'à 6 grammes.

Le traitement mixte avec l'iodure de potassium et le mercure n'est réellement indiqué que dans les cas de syphilis galopante, de syphilis aiguë, grave, dans laquelle il n'y a pas d'intervalle marqué entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires, qui s'entremêlent ou se succèdent assez rapidement, alors que les gommes sont précoces ou moins tardives que de coutume (Rollet)[1].

Quand l'iodure de potassium est impuissant ou mal supporté, on peut recourir au chlorure d'or ou autres succédanés ou adjuvants des médicaments anti-syphilitiques.

1. Le traitement mixte me paraît beaucoup plus souvent indiqué, surtout dans le cas fort commun où le premier traitement mercuriel a été nul ou insuffisant. — A. V., 1887.

L'huile de foie de morue, le fer, le quinquina, une bonne hygiène, conviennent surtout aux individus lymphatiques. Il importe beaucoup de soutenir l'action de ces médicaments au moyen d'un régime tonique.

NOTE ADDITIONNELLE

M. Gromo a soutenu, en 1878, sur le même sujet, une thèse qui n'est que le résumé de celle de M. Landreau, auquel il a ajouté une observation inédite recueillie dans le service de M. Terrillon (p. 34).

Il s'agit d'une femme de quarante ans, ayant eu la syphilis vers l'âge de vingt-neuf ans; il y a quatre ans, elle se blessa au sein avec une aiguille, et aussitôt après il se serait développé au niveau de la piqûre une tumeur indolente, du volume du pouce; il y a six mois, la tumeur restée jusque-là stationnaire a augmenté rapidement de volume, est devenue douloureuse, la peau a pris une teinte violette, s'est recouverte d'une large croûte brune; enfin, il y a quinze jours, la croûte est tombée, la tumeur s'est ulcérée et a donné lieu à un écoulement de mauvaise odeur.

A un centimètre au-dessus et au dedans du mamelon droit se trouve une ulcération dont l'étendue dépasse celle d'une pièce de 5 francs, régulièrement circulaire, à bords violacés, abrupts, comme taillés en biseau aux dépens de sa face profonde; le fond est grisâtre, sanieux; écoulement séro-purulent, très foncé, et infect. Tout autour de l'ulcération et de l'induration qui lui sert de base, les téguments ont conservé leur souplesse. Pas d'adhérence aux parties profondes. Autour du mamelon qui est légèrement rétracté, on voit une couronne de huit ou dix petites ulcérations superficielles, saillantes et papuleuses; un peu en dehors et en bas, deux autres plus grandes, ayant tous les caractères des gommes de la peau.

M. Terrillon diagnostique des gommes suppurées du sein et prescrit l'iodure de potassium et des pansements avec le permanganate de potasse. Amélioration rapide. Lorsque la maladie sort, deux mois après, il ne reste qu'une ulcération de la grandeur d'une lentille, reposant sur une induration du volume de deux noix.

Depuis, le syphilome de la mamelle est entré dans le cadre des livres classiques, et on en trouvera une bonne description dans le *Traité des maladies vénériennes* de M. Jullien, 2e édition, 1886, p. 891.

DÉGÉNÉRESCENCE SYPHILITIQUE DE LA GLANDE SUBLINGUALE.

En 1875, mon excellent collègue et ami le professeur Alfred Fournier communiqua à la Société de chirurgie un fait de dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale, affection fort rare, puisque c'était la première fois qu'il l'observait, et que moi-même je n'en avais vu qu'un seul exemple. Je fus chargé de rendre compte de ce fait à la Société et je reproduis ici l'observation de M. Fournier, avec le rapport auquel elle a donné lieu[1].

Observation. — *Syphilis datant de onze ans. — Adénopathie tertiaire de la glande sublingale. — Guérison par l'iodure de potassium.*

M. X..., un de mes clients habituels, âgé d'une trentaine d'années, vient me consulter le 27 octobre 1873 pour des accidents assez singuliers qu'il éprouve vers la bouche. Depuis une quinzaine, dit-il, il ressent une certaine gêne pour parler et pour avaler. Ces derniers jours, ayant introduit le doigt dans la bouche pour chercher la cause de cet embarras, il a reconnu sous la langue, du côté droit, l'existence « de quelque chose de dur, qui a certainement grossi dans ces derniers temps, sans donner lieu cependant à la moindre douleur ». Je remarque, en effet, en l'écoutant me raconter ce qui précède, que la parole est altérée d'une façon assez notable dans l'articulation de quelques mots. Le malade parle comme s'il avait un corps étranger dans la bouche ou comme un sujet affecté d'une grenouillette de moyen volume. — Relativement, les troubles de déglutition sont moindres : ils consistent simplement en un certain embarras, en une « sorte de tiraillement », alors que le bol alimentaire franchit l'isthme du gosier. — Du reste, aucun autre trouble local ou général. État satisfaisant de toutes les fonctions ; santé parfaite.

Procédant à l'examen local, je constate aussitôt un léger soulèvement antéro-postérieur dans la fosse sublinguale droite. Là existe une tumeur que le doigt sent et limite facilement et qui est située sous la muqueuse du plancher de la bouche, muqueuse d'ailleurs intacte à tous égards. Elle est oblongue, ovalaire, absolument comparable,

1. *Bull.* et *Mém. de la Soc. de Chir.* 1875, p. 837.

comme volume et comme forme, à une datte de moyen volume. Comme emplacement et direction, elle correspond exactement à la glande sublinguale, et il n'est pas douteux qu'elle soit constituée par cette glande tuméfiée, affectée d'une certaine façon. Ainsi, d'une part, elle est située sous la langue, latéralement; d'autre part elle est plus rapprochée de la langue que du maxillaire; enfin, elle est dirigée suivant son grand axe d'avant en arrière et de dedans en dehors. Son extrémité antérieure est peu renflée et arrondie, tandis que la postérieure, plus grêle, plus effilée, se continue jusqu'à la partie la plus reculée du plancher buccal. De la sorte, cette tumeur mesure environ 4 centimètres en longueur sur 1 centimètre de large. — Au toucher, elle est résistante, ferme, assez dure pour donner immédiatement la sensation d'un néoplasme solide et exclure l'hypothèse d'une production liquide enkystée. Elle constitue une lésion nettement délimitée, au pourtour de laquelle les tissus ambiants sont absolument sains. — Enfin, elle est complètement indolente au palper et à la pression.

Ce ne fut pas un médiocre embarras pour moi que d'instituer le diagnostic. Cependant, en y réfléchissant, les hypothèses à faire se circonscrivaient dans un cercle assez restreint. Une phlegmasie simple n'était pas admissible, vu l'absence de tout caractère inflammatoire. L'idée d'une production liquide enkystée devait également être exclue, en raison de la consistance manifestement solide de la tumeur. Restaient les néoplasmes. Il me paraissait impossible de songer au cancer, vu l'âge du malade, le développement très rapide des accidents, etc. Mais ne pouvait-il s'agir d'une production adénoïde?

Pendant que je discutais à part moi ces divers diagnostics, il me revint en souvenir que mon client était un ancien syphilitique. Et je me demandai alors si la syphilis ne pouvait être mise en cause dans le cas actuel, et si cette tuméfaction de la glande sub-linguale n'était pas une de ces infiltrations tertiaires telles qu'on en a quelquefois observé dans la glande sous-maxillaire et dans le pancréas.

Les antécédents syphilitiques du malade n'étaient pas douteux. Onze ans auparavant (en juillet 1862) je l'avais traité pour trois petits chancres syphilitiques de la rainure glando-préputiale, accompagnés de pléiades inguinales bien accusées. Quelques mois plus tard s'étaient produits divers accidents secondaires, d'ailleurs assez légers ; syphilide papuleuse discrète, éruption croûteuse du c

chevelu, plaques opalines de l'isthme du gosier. Le traitement spécifique intervenu à cet époque avait coupé court à toute autre manifestation; mais ce traitement n'avait été prolongé (comme d'usage) que d'une façon insuffisante. Le malade se trouvait donc, après onze ans d'infection, dans cette période où la diathèse s'accuse fréquemment par des déterminations viscérales. Il n'était pas impossible, conséquemment, que la lésion actuelle de la glande sub-linguale fût un accident tertiaire de la vérole.

Dans cette pensée et, je dirai, dans cette espérance, je résolus de tenter le traitement spécifique, et je prescrivis un sirop d'iodure de potassium (25 grammes pour 500 grammes de sirop d'écorce d'oranges amères), aux doses quotidiennes de trois, quatre, cinq cuillerées à bouche, progressivement.

L'influence de cette médication fut immédiate et surprenante, comme on le pourra juger par les notes que je recueillis à chaque visite et que je transcris textuellement :

30 octobre (c'est-à-dire trois jours après le début du traitement). — Amélioration très marquée. La tumeur paraît diminuée. En tout cas le malade parle plus facilement.

3 novembre. — Diminution très notable de la tumeur, réduite d'un quart au bas mot.

12 novembre. — La tumeur a diminué de moitié. Les troubles fonctionnels de mastication et de parole ont tout à fait disparu.

24 novembre. — La tumeur, qui avait primitivement les dimensions d'une datte, est tout au plus comparable aujourd'hui à un noyau de datte.

3 décembre. — Diminution continue.

11 décembre. — Il ne reste plus aujourd'hui de la tumeur qu'une dureté filiforme, mesurant 2 centimètres environ en longneur, sur une largeur d'un millimètre.

Janvier 1874. — L'induration sublinguale est à peine perceptible. Elle achève de disparaître dans les semaines suivantes.

Et depuis lors jusqu'à ce jour la guérison s'est maintenue.

Cette action aussi rapidement, anssi *immédiatement résolutive*, exercée par l'iodure de potassium, me semble devoir laisser bien peu de doute sur la nature spécifique de la lésion. Je me crois donc autorisé, de par les particularités cliniques relatées précédemment et surtout de par les résultats du traitement spécifique, à considérer

l'accident précité comme un exemple de dégénérescence tertiaire de la glande sublinguale, et, dans cette opinion, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'appeler sur ce fait l'attention de mes confrères.

Comme confirmation indirecte du diagnostic porté sur la nature de la tumeur sublinguale, j'ajouterai que, peu de temps après l'accident dont il vient d'être question, mon client présenta, à deux reprises, de nouvelles manifestations spécifiques, à savoir : en décembre 1873, une papule tuberculeuse du gland; et en novembre 1874, une poussée de psoriassi palmaire et plantaire, détermination morbide souvent très tardive, comme on le sait, dans les syphilis insuffisamment traitées à leur début. Ces deux explosions de la diathèse, succédant dans un court délai à la tumeur sublinguale, ne fournissent-elles pas un appoint de probabilité en faveur de la spécificité de ce dernier accident?

Une dernière question pourrait être agitée. En admettant, comme cela semble bien vraisemblable, qu'on ait eu affaire dans ce cas à une dégénérescence syphilitique de la glande sublinguale, quelle a été la nature de cette dégénérescence? S'est-il agi d'une hyperplasie simple par prolifération conjonctive, hyperplasie analogue à celle qui constitue la forme habituelle du sarcocèle syphilitique? ou bien s'est-il agi d'une infiltration gommeuse? Les seuls éléments cliniques dont je dispose ne me permettent pas d'émettre une opinion sur ce point. Ce n'est là, au surplus, qu'une question secondaire, et le fait essentiel, le seul que j'ai eu en vue dans cette communication, c'est d'établir cliniquement que la *syphilis peut-être l'origine de certaines tumeurs de la glande sublinguale*. A ce fait se rattache un intérêt pratique évident, puisque, méconnues comme nature, les dégénérescences syphilitiques de la glande sublinguale pourraient donner lieu à de regrettables erreurs diagnostiques.

RAPPORT SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE.

Le Dr Alfred Fournier vous a communiqué un fait très intéressant et sans doute unique en son genre.

Il s'agissait d'un homme de trente ans qui, en octobre 1873, vint consulter notre confrère pour une gêne dans la déglutition et l'articulation des mots, causée évidemment par une tumeur occupant la place de la glande sublinguale droite.

Je renvoie à l'observation pour tout ce qui est relatif à la description de cette tumeur, à sa marche, à ses caractères et aux difficultés lu diagnostic. Je dirai seulement que M. Fournier, ayant soigné ce nalade onze années auparavant pour un chancre infectant suivi d'acidents secondaires, soupçonna la nature syphilitique du mal et rescrivit, en conséquence, l'iodure de potassium.

Le résultat fut aussi prompt que décisif, ce qui donna à notre confrère la double satisfaction de guérir promptement son patient et 'enrichir le cadre nosographique d'une unité nouvelle. Tel est le fait ommairement exposé.

La sagacité dont a fait preuve M. Fournier dans cette circonstance 'étonnera nullement ceux qui savent combien il est versé dans la onnaissance des maladies vénériennes; aussi n'est-ce pas sur ce oint que je veux arrêter un instant votre attention.

Je désire surtout remercier l'auteur de n'avoir point laissé échapper l'occasion de remplir une lacune et d'avoir ouvert la voie à des echerches nouvelles. En effet, s'il n'est guère de tissus qui échappent aux atteintes de la syphilis, certains organes, cependant, paissent jouir d'une sorte d'immunité, et entre autres les glandes livaires, si j'en juge par le silence des syphilographes sur les altérations secondaires ou tertiaires des organes susdits. A la vérité, la amelle, l'ovaire et la thyroïde sont à peu près dans le même cas; ais on ne saurait dire que la vérole respecte les parenchymes ndulaires, quand on songe qu'elle altère communément le tesule, le foie, les reins et les glandes sudoripares. Mieux vaut ouer notre ignorance et demander à l'avenir des éclaircissements r cette énigme étiologique.

En attendant, il serait bon d'y regarder de plus près et de publier les faits capables d'élucider la question. C'est ce qui m'engage vous communiquer une observation, malheureusement incomplète, e je regrette aujourd'hui de n'avoir pas plus soigneusement reeillie, mais qui se rapproche de celle de M. Fournier.

Au printemps de 1874, je reçus dans mon service un homme de arante ans environ, grand, vigoureux, jouissant d'une excelnte santé, et qui se plaignait seulement de gène dans les mouveents de la langue. Au-dessous de cet organe se voyait, dans la région naturellement occcupée par la glande sublinguale gauche, une meur oblongue, du volume et de la forme d'une olive, à grand axe lique de dedans en dehors et d'avant en arrière, d'une consistance niforme assez ferme, plutôt rénitente que fluctuante, presque insen-

sible à la pression, sauf en un point répondant à son centre, et qui paraissait adhérer assez fortement au plancher de la bouche.

La muqueuse, bien que lisse, sans végétations et sans ulcérations. semblait confondue avec la surface convexe de la masse. Celle-ci présentait une coloration particulière, d'un rouge sombre et légèrement violacé, elle tranchait autant sur les parties voisines par cette teinte que par son exacte limitation. La langue, les gencives étaient tout à fait saines; les ganglions du cou n'étaient point tuméfiés. Le début du mal remontait à plusieurs semaines, ses progrès étaient forts lents, et depuis quelques jours, il semblait même stationnaire.

J'avoue en toute humilité que la détermination de cette tumeur m'embarrassait beaucoup; elle ne pouvait siéger que dans le canal de Warthon ou dans la glande sublinguale. Je sondai soigneusement le conduit, je constatai sa déviation par la production morbide, mais n'y trouvai rien d'anormal. L'absence de tout retentissement du côté de la glande sous-maxillaire, l'indolence presque complète de la tumeur et sa consistance élastique excluaient l'idée d'une inflammation aiguë de ce conduit (inflammation dont j'avais eu sous les yeux un bel exemple quelque temps auparavant) et aussi d'un calcul salivaire.

Certainement la glande sublinguale était affectée; mais de quelle manière? On ne pouvait songer à un kyste, même enflammé, ni même à une phlegmasie parenchymateuse, la rougeur, l'adhérence de la muqueuse plaidant contre l'hypothèse d'un adénome (variété d'ailleurs fort problématique et dont on ne trouve qu'un exemple dans le *Compendium de chirurgie*). Enfin, je connaissais trop bien les caractères de l'épithélioma ou du cancer de cette glande pour être trompé un seul instant.

Je fis bien la remarque que cette affection ressemblait à une gomme à l'état cru plus qu'à toute autre chose, mais je ne sais pourquoi je ne m'arrêtai point à cette hypothèse et ne fis rien pour la vérifier, dominé sans doute par cette idée que la syphilis n'atteignait pas les organes sécréteurs de la salive.

Bref, je ne portai point de diagnostic précis.

Le malade aidait au service de la salle, de sorte qu'il était levé au passage de la visite et que je restai près d'une semaine sans l'examiner à nouveau. Au bout de ce temps, désireux de reprendre son travail, il me demanda de lui faire quelque chose. Du reste, rien n'était changé depuis ma première exploration. J'ai déjà dit que la tumeur était à peine sensible au toucher, sauf en un point très circonscrit et à peu près central. Croyant qu'il avait là peut-être un

petite inflammation folliculaire ou quelque concrétion calculeuse enfouie dans la masse indurée, je pris un bistouri et fis une incision parallèle au grand axe, longue de 12 à 15 millimètres, et pénétrant au moins à 8 millimètres de profondeur. Je ne rencontrai ni collection, ni corps étranger, et il ne sortit que quelques gouttes de sang. Un stylet promené au fond de la plaie n'y découvrit rien d'anormal.

Deux jours plus tard, l'incision était cicatrisée et la tumeur, diminuée d'un tiers environ, avait de plus notablement pâli.

Le malade, se déclarant très satisfait parce que la gêne avait beaucoup diminué, me demanda sa sortie avec instance, promettant de revenir si la tumeur grossissait ou revenait même à ses dimensions premières. Comme il désirait une ordonnance, je lui prescrivis tout à fait banalement, j'en conviens, un peu d'iodure de potassium et des gargarismes. Depuis, je n'en ai pas eu de nouvelles.

Ce fait insolite m'est revenu en mémoire quand est venue sous mes yeux l'observation de M. Fournier, et je ne puis m'empêcher de croire aujourd'hui que j'ai eu affaire à une infiltration gommeuse de la glande sublinguale.

Je sais trop, messieurs, quelle réserve il faut mettre dans l'admission des variétés morbides nouvelles pour vous donner comme concluant l'exemple que je viens de citer, mais je le donne pour ce qu'il vaut et à titre de renseignements.

En tous cas, l'observation de M. Fournier, défiant toute critique, démontre, dès à présent, qu'il y a lieu d'admettre la *dégénérescence syphilitique tertiaire de la glande sublinguale.*

Dans la discussion qui suivit, M. Desprès fit des réserves sur l'interprétation que M. Fournier avait donnée de son observation. La science, dit-il, est encombrée de maladies attribuées à la syphilis par les médecins qui s'occupent spécialement de cette diathèse. Pour la seule raison que le malade a eu la syphilis ou que l'iodure de potassium a produit un effet, on dit que c'est de la syphilis. Cela n'est point la manière actuelle de chercher la vérité. La première inflammation chronique venue serait, à ce compte, de la syphilis.

M. Paulet fut d'avis qu'en raisonnant comme M. Fournier, on fait une pétition de principe; « de ce qu'une affection a été guérie par l'iodure de potassium, on ne peut conclure qu'elle était de nature syphilitique ». Un malade atteint de névrome du nerf cubital avait des douleurs si violentes que je songeais à pratiquer la section du nerf.

fond grisâtre, pénétrant à plus d'un centimètre de profondeur et située à un bon centimètre au devant du lobule de l'oreille. Cette ulcération, absolument indolente, rendait un peu de pus séreux; elle avait commencé par une sorte de furoncle qui s'était ouvert près de trois mois auparavant et qui, sans faire de progrès notables, ne présentait cependant aucune tendance à se fermer.

Le médecin ordinaire, homme instruit et praticien habile, avait essayé sans succès une foule de topiques. La position de la malade, l'intégrité de sa santé générale et l'absence de toute autre manifestation spécifique, avaient écarté de son esprit toute idée d'une infection spécifique.

D'après les caractères objectifs qui me semblaient suffisants, et en me basant sur l'insuccès d'une médication rationnelle, je conseillai le traitement mixte et le pansement avec le sparadrap de Vigo, sans même interroger la malade ni son mari.

DE LA SYPHILIS

DANS SES RAPPORTS AVEC LE TRAUMATISME

Par le Dr L. HENRI PETIT.

INTRODUCTION.

> « Un jour viendra, prochain je l'espère, où chaque auteur, décrivant un état constitutionnel ou une maladie générale, songera à cette double question :
>
> » 1° Quelle influence les lésions traumatiques peuvent-elles exercer sur cet état ? 2° Quelle influence cet état peut-il exercer sur la marche et l'issue des lésions traumatiques ? » (Verneuil.)

Dans ce travail, comme dans ceux qui ont été déjà publiés sur es rapports qui existent entre les lésions traumatiques et les maladies générales, par M. Verneuil ou par ses élèves, la question se ose de la manière suivante : une lésion traumatique survenant hez un sujet syphilitique prendra-t-elle une apparence spéciale, uivra-t-elle une marche particulière ou se comportera-t-elle comme hez un individu vierge de toute contamination ? Réciproquement, i un sujet syphilitique, actuellement sans manifestation de sa diathèse, vient à être blessé, la blessure provoquera-t-elle l'apparition e lésions dépendant de la syphilis ?

1. *These inaugurale*, Paris, 1875. — Plusieurs observations de ce travail ayant éjà été publiées dans les pages précédentes, nous ne les reproduirons pas ici ; ar contre, nous y ajouterons quelques documents historiques qui n'avaient pu re vérifiés au moment de l'impression de la thèse ; la plupart d'entre eux, reatifs aux auteurs allemands, ont été traduits ou résumés de l'important travail e Düsterhoff : *Kritik der bisherigen Ansichten über den Einfluss der constitutionellen Syphilis auf den Verlauf der Kriegsverletzungen* (*Arch. f. klin. Chir.* 878, Bd. XXII, p. 637 et 901).

Il n'est guère de chirurgiens qui n'aient observé, dans les fractures, des cas de retard ou d'absence de consolidation dus à cette cause[1]; mais on a lieu de s'étonner que, mis ainsi sur la voie, ils n'aient pas songé à étendre leurs recherches à toutes les autres lésions traumatiques, et que, constatant les vices du travail réparateur en cas de blessure des os, ils n'aient pas examiné si ce travail réparateur était normal ou non en cas de contusions, de plaies, ou d'opérations chirurgicales.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'on ait toujours méconnu les faits évidents et qu'on ait négligé le traitement convenable quand la coïncidence syphilitique était dûment constatée, mais on ne trouve nulle part un chapitre distinct sur ce sujet.

Les livres les plus récents de Pathologie chirurgicale, ceux de Vidal (de Cassis), Follin, Nélaton, Billroth, Fano, ne font même pas mention de cette question; M. Després[2] et M. Lancereaux[3] y consacrent à peine une page.

C'est cette lacune que nous allons nous efforcer de combler en mettant à profit les leçons de M. Verneuil, ainsi que les notes qu'il avait recueillies à ce sujet et qu'il a bien voulu nous communiquer.

HISTORIQUE DE LA QUESTION.

Ce qu'en pensent les auteurs. — Variétés d'opinion. Leurs causes.

Certes, l'idée n'est pas nouvelle; elle est presque contemporaine de l'invasion de la syphilis; mais les observations publiées sont assez rares, disséminées dans un grand nombre d'ouvrages, dans les recueils périodiques, et sont d'ailleurs peu connues; aussi comprend-on pourquoi on ne trouve dans les auteurs classiques que des assertions plus ou moins vagues et presque toujours sans preuve à l'appui. Néanmoins on se tromperait beaucoup si l'on pensait

1. Voulant étudier dans notre thèse, avec les autres lésions traumatiques, la question encore controversée dans les auteurs classiques de l'influence de la syphilis sur la production et la consolidation des fractures, nous avions recueilli les matériaux nécessaires à ce travail. Mais leur abondance nous a obligé à remettre à plus tard leur publication. — Cette lacune a été comblée seulement en 1885, par M. le Dr Gellé, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Nous en donnerons plus tard le résumé.

2. *Traité de la syphilis*, p. 150.

3. *Traité historique et pratique de la syphilis*, 2e éd., p. 448, 449.

que ces assertions parlent toutes dans le même sens. On va, du reste en juger.

Vers 1550, Amatus Lusitanus fait une opération de trépan sur un soldat soupçonné de syphilis; il a soin de lui faire suivre un traitement au gaïac, dont paraît avoir bénéficié la lésion osseuse[1].

Obs. I. — *Syphilis simulant une névralgie oculo-syncipitale. Symptômes antérieurs non précisés. — Insuccès de divers traitements et du gaïac. — Trépan. — Soulagement. — Sortie de fragments d'os. — Reprise du gaïac. — Guérison.*

Un soldat au service de l'empereur, à Gaëte, dans l'âge viril, robuste, fort, d'une nature mélancolique, était affligé de cruelles douleurs de tête; ses yeux semblaient sortir de leur orbite. Après avoir consulté les médecins de Naples et de Rome, dont les soins et les conseils étaient restés sans effet, il vint à Ferrare. Il y avait déjà un an qu'il souffrait. Appelé auprès de lui, je lui demande s'il connaît la cause, l'origine possible de sa maladie, ou plutôt s'il n'a pas eu autrefois un ulcère aux parties naturelles, à la tête, quelque plaie sur une autre partie du corps. Il me répond par des dénégations formelles. Je recherche les traitements nombreux et variés jusqu'alors en usage, employés partout par les médecins les plus habiles et je me décide à attaquer ce mal atroce, dont j'attribuais déjà l'origine au mal français.

La suite me prouva que je ne m'étais pas trompé. Je lui donnai les remèdes efficaces pour sa maladie, entre autres, des pilules d'Alexandre, qui tirent leur dénomination du nitre. Elles servirent le purger non pas une seule fois, mais deux fois, et même quatre fois. Après ces évacuants généraux, j'eus recours aux particuliers : ventouses, vésicatoires, embrocations, purgatifs, rubéfiants. Je lui redonnai enfin des préparations de gaïac; il en but pendant quarante jours. Tout échoua : il y eut quelque rémission dans la douleur, mais elle revint dans toute son intensité. Le soldat ne tarda pas à s'ennuyer des soins inutiles que je lui prodiguais. Il était épuisé par la souffrance, fatigué de cette foule de remèdes qui ne lui apportaient aucun soulagement. J'étais toujours à la recherche d'un médicament.

J'arrive enfin à cette conclusion que rien ne pourra guérir mon malade, à moins qu'on ne lui ouvre la tête. J'étais convaincu qu'une altération du crâne causait la douleur. Elle partait en effet du

1. *Curat. med.*, Ccut. 1, Cur. IV, p. 73, 1551.

sinciput et affectait principalement les yeux et la région des yeux. Je fais venir un chirurgien. Aucune apparence de tumeur, d'ulcère ou de tubercule à la peau. Les cheveux coupés, je fais pratiquer une incision sur le siège principal de la douleur. L'incision pénètre jusqu'au crâne par deux lignes se coupant par le milieu. Le lendemain, alors que la perte de sang pouvait me permettre de mieux voir le crâne, il m'apparaît sous une teinte livide, tirant sur le noir. Je fais perforer, au moyen d'un trépan, la première et la seconde lame jusqu'à la dure-mère et j'obtiens de la rémission dans la douleur. Au bout de quelques jours, des fragments osseux du crâne sortent par l'ouverture. L'état du malade s'améliore et de nouvelles préparations de gaïac amènent une guérison complète. Quant à l'incision et à la perforation, nous les guérîmes comme les autres ulcères[1]. »

On pensait donc déjà que la syphilis était une maladie générale, et que, son action s'étendant sur tout l'organisme, elle pouvait influencer à sa façon une opération pratiquée chez un syphilitique.

Un siècle et demi plus tard, cette opinion régnait encore, bien qu'on n'en trouve aucune mention dans les *Œuvres* d'Ambroise Paré ni de ses élèves Pigray et Guillemeau, ni de son contemporain l'Espagnol Arceus, qui pourtant connaissait bien la syphilis.

A la fin du XVIIe siècle, elle reparaît dans plusieurs ouvrages : Un auteur allemand, Félix Wurtz, avait bien remarqué la localisation de la syphilis sur les plaies, mais il recommandait de bien se garder d'administrer aux syphilitiques blessés le mercure, qui attirant le virus vers la plaie pourrait aggraver celle-ci et mettre le blessé en danger de mort[2].

Méry semble avoir aussi connu cette relation entre la syphilis et les plaies. En effet il parle, en 1685, d'une blessure causée par un coup de pied de cheval chez un soldat qui avait été attaqué depuis peu d'une maladie vénérienne. La plaie n'était pas plus grande qu'une lentille, dit-il, et néanmoins elle s'est tellement augmentée en peu de temps, accompagnée de plusieurs abcès d'une puanteur horrible, qu'il s'est fait un transport au cerveau et que cet homme est mort[3].

1. *Métamorphoses de la syphilis*, p. 54.
2. *Wundarznei*, Strasbourg, 1638, p. 635, et trad. franç., 1689, p. 3[illegible]
3. *[illegible]mplètes* de Jean Méry, édition de 1887, p. 436.

En 1688, Gervais Ucay, médecin de Toulouse, posait le problème suivant : « Pourquoi un homme qui est blessé dans le temps qu'il a la vérole ne guérit jamais bien de ses blessures, ou du moins avec beaucoup de difficultés? » Et voici sa réponse : « Lorsque la vérole se trouve jointe aux blessures, le sang se trouve fort âcre et corrompu par le moyen du venin vérolique, lequel, ne pouvant être corrigé par les remèdes ordinaires, empêche la guérison, et le malade n'est pas en état, pendant les blessures, de pratiquer les remèdes qui le peuvent guérir de la vérole; de là vient qu'on ne guérit pas; et quoique la blessure soit fort petite, il y survient pourtant de mauvais accidents à cause des humeurs âcres et virulentes qui se jettent dans la partie[1]. »

« Les blessures de la tête et des autres parties du corps, dit Verduc, se guérissent très difficilement dans ceux qui ont la vérole ou le scorbut. J'en ai vu un exemple depuis peu dans un homme qui avait un reste de vérole. Il fut blessé d'un coup d'épée à l'avant-bras; sa plaie d'abord ne paraissait rien en apparence; mais il s'y fit quelques temps après de grands abcès; les os se carièrent, et dans la suite une partie du radius s'exfolia. Enfin il n'y a jamais eu que les médicaments mercuriels qui aient contribué à la guérison de cette plaie[2]. »

C'est probablement cette difficulté, bien reconnue alors, de guérir les plaies chez les syphilitiques, qui avait fait supposer que les fistules, si rebelles d'ordinaire à tout traitement, étaient sous la dépendance de la syphilis. Cette opinion est en effet exprimée dans nombre d'auteurs de cette époque.

En 1696 ou 1697, suivant les éditions, Saviard opère un syphilitique d'une fistule anale, mais il lui fait prendre en même temps du mercure, « pour combattre le virus vérolique qui ne manquerait pas de former un obstacle à la guérison[3]. »

En 1725, Le Dran opère une fistule à l'anus; pendant une vingtaine de jours, la plaie alla bien et tout faisait espérer une guérison prochaine, lorsque apparurent des fongosités qui résistèrent à tout traitement : excision, cautérisation. L'interrogation du malade fit reconnaître qu'il avait eu la vérole, et les frictions mercurielles

1. Cité par Jullien, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2ᵉ édit. Paris, 1886, p. 667.
2. Verduc (Jean-Philippe), *Les opérations de chirurgie*, avec une *Pathologie*, II, p. 642, 1693.
3. *Nouveau recueil d'obs. chir.*, Paris, 1703, p. 434. — Édition de Lerouge, 1784, p. 341.

seules permirent à la cicatrisation de s'effectuer (*Observations de chirurgie*, Paris, 1731, vol. II, p. 216).

La même année, le même fait se présenta, et il fallut faire suivre au malade le même traitement spécifique pour obtenir la guérison (*Id.* p. 219).

Le Dran recommande, comme Saviard, de commencer par traiter le malade de la vérole avant de l'opérer, quand on reconnaît que la fistule est vérolique (*Id.* p. 221). « On en a vu quelques-unes de cette espèce, ajoute-t-il, et qui étaient récentes, se guérir avec tous les autres symptômes de la vérole et n'avoir plus besoin d'opération. »

La Faye, dans ses *Notes au cours d'opérations* de Dionis, recommande aussi de combattre le virus vérolique avant de faire l'opération de la fistule uréthrale, et il ajoute, comme Le Dran : « J'ai vu même quelquefois les fistules se guérir et les duretés se fondre totalement par la seule application de la pommade mercurielle » (3ᵉ édit., p. 34, 1736, et 6ᵉ édit., t. I, p. 211, 1765).

Astruc conseille également de n'opérer les fistules anales et lacrymales qu'après avoir fait suivre au malade un traitement mercuriel pendant longtemps[1].

Parmi les causes qui prédisposent à la saillie de l'os après les amputations, J.-L. Petit cite l'appauvrissement du sang et de la lymphe. « Mais, ajoute Lesne, l'expérience nous démentirait si nous disions que la dénudation de l'os a lieu dans tous les malades qui sont exténués, ou qui sont affectés de quelque vice intérieur. Les liqueurs peuvent avoir des modifications différentes dans le cours d'une même maladie. Dans la vérole, par exemple, et dans les écrouelles, le sang et la lymphe peuvent, dans un certain degré de la maladie, être susceptibles de s'épaissir et de fournir un gluten solide; au lieu que, dans un autre temps, le progrès du mal aura détruit leur consistance. Aussi voit-on que certains vérolés ou écrouelleux guérissent promptement de l'amputation, comme M. Petit l'a observé, tandis que cette opération ne réussit pas de la même manière dans d'autres sujets affectés des mêmes maladies, mais dont les fluides sont tombés en dissolution ; ce qui est encore une preuve confirmative de nos principes » (*Œuvres posthumes de chirurgie* de M. J.-L. Petit, mises au jour par M. Lesne, Paris, 1774, *Discours prél.*, p. XCII, et *Œuvres complètes*, 1837, p. 306).

1. Astruc, *Traité des mal. vénér.*, 1740, t. III, p. 335.

J.-L. Petit revient à plusieurs reprises sur ce sujet. Il dit encore : « La suppuration est mauvaise pour l'ordinaire aux vérolés » (p. 311). Il cite aussi, parmi les causes du reflux des matières purulentes, la disposition du sujet, qui peut se trouver trop maigre, trop faible, exténué, cacochyme, vérolé, etc. (p. 312). Et plus loin il ajoute (p. 806) :

« Il y a des exostoses qui engagent à couper un membre ou quelqu'une de ses parties ; telles sont celles qui attaquent l'articulation du pied, celle de la jambe, du poignet, du coude, et même celle du bras avec l'épaule ; mais si l'exostose est vérolique, est-il toujours nécessaire d'attaquer le virus avant d'en venir à l'amputation ? Ne peut-on pas, surtout lorsque le cas est pressant, commencer par amputer le membre avant d'avoir recours au spécifique ? Les observations suivantes prouvent que cette marche, qu'on est quelquefois forcé de suivre, n'entraîne aucun inconvénient. »

Cette dernière phrase n'est pas exacte, car l'observation suivante rouve justement tout le contraire.

Obs. II. — Un homme atteint de tumeur blanche du genou fut amputé e la cuisse. Au quinzième jour, la suppuration n'était pas encore ien établie ; ce qui découlait de la plaie n'avait ni la consistance, ni couleur, ni l'odeur convenables ; le moignon était plutôt flétri que onflé ; le malade n'avait ni douleur, ni fièvre, ni dévoiement ; il était rt abattu et ne dormait point. J.-L. Petit, soupçonnant que le malade ait la vérole, fut confirmé dans son hypothèse par son interrogaire, et ordonna les frictions mercurielles. Dès la troisième le alade dormit ; le moignon se gonfla un peu, la suppuration s'établit, les chairs devinrent belles, en un mot il guérit.

Qui sait ce que serait devenu ce malade sans la perspicacité de uteur et sans l'emploi des frictions ? La phrase que nous avons tiquée est du reste combattue encore par la suite du chapitre. Je pourrais rapporter encore, dit l'auteur, plusieurs faits de cette ture, auxquels tout le monde ne fait pas l'attention qu'il convient. ai vu périr, dans les hôpitaux, un grand nombre de blessés qui raient guéris si, au lieu de les noyer d'apozèmes ou de les brûler ec des cordiaux, on s'était avisé de leur faire des frictions mercuelles dont ils avaient besoin. »

« Mais voici, dit-il encore, une autre observation bien capable de former le préjugé de ceux qui pensent qu'une plaie est incurable rsque le blessé a la vérole. » Suit l'observation d'un blessé qui, yant eu les deux jambes emportées par un boulet de canon, fut

amputé de l'une au-dessus et de l'autre au-dessous du genou. Il était couvert d'une éruption syphilitique et néanmoins les deux plaies guérirent bien.

« Ce cas, dit-il ensuite, prouve que la vérole n'empêche pas toujours les plaies de se cicatriser. Mais, ajoute-t-il, — et ceci prouve également qu'il ne considérait ce fait que comme une exception, — si la suppuration ne se fût pas bien établie, le malade serait mort, à moins qu'on ne lui eût donné des frictions mercurielles avec beaucoup de ménagement. Je ne l'aurais pas fait alors; mais je l'ai fait depuis, non seulement dans le cas de l'amputation, mais dans toutes les opérations où j'ai éprouvé que la difficulté d'obtenir une suppuration louable dépendait de la vérole. »

Au commencement de ce siècle, l'influence de la syphilis sur les lésions traumatiques était assez généralement admise, car nous lisons dans l'article ÉTIOLOGIE du *Dict. des sc. méd. en 60 vol.* (t. XIII, p. 408, 1815) par Fournier-Pescay : « Dans une syphilis ancienne, le malade ne ressent quelquefois que des douleurs vagues; il peut même n'éprouver aucun accident; mais s'il vient à recevoir une blessure, il n'est pas rare de voir la plaie, au bout d'un temps plus ou moins long, se convertir en un ulcère vénérien. »

Boyer admettait aussi l'influence de la syphilis sur la cicatrisation des plaies. Après avoir énuméré les causes qui s'opposent à cette cicatrisation, parmi lesquelles la syphilis, il reconnait que la plupart des plaies qui arrivent aux personnes qui ont la vérole peuvent guérir, mais que dans le cas contraire il faut employer les moyens propres à corriger le vice interne, et même à le détruire complètement, s'il est possible.

Il dit encore, comme Le Dran l'avait déjà remarqué : « C'est ordinairement vers la fin de la cure que les causes dont nous venons de parler exercent leur action sur les plaies, dont elles retardent ou empêchent la cicatrisation. Il y a lieu de soupçonner leur existence, lorsque la plaie cesse de faire des progrès vers la guérison, sans que l'on aperçoive aucune disposition locale capable de produire le même effet, ni que le malade ait commis aucune faute dans le régime. On juge de l'espèce de vice qui empêche la guérison d'une plaie par l'état même de la plaie, par les symptômes propres à chaque vice, et par les maladies antérieures que le malade a éprouvées. Le vice interne qui complique la plaie étant connu, on le combat par le régime et les médicaments internes dont l'expérience a fait connaître l'efficacité [1]. »

1. Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. I, p. 239, 1814.

D'après Nonat, « Dupuytren n'attaquait par les moyens chirurgicaux un ulcère ou un engorgement sur la nature desquels il conservait quelques doutes, qu'après avoir interrogé les diathèses, la syphilitique surtout, et avoir tenté certains remèdes antidiathésiques, ce dont il eut plus d'une fois occasion de s'applaudir » (*Des diathèses*, p. 64).

Voici en effet deux observations qui confirment cette manière de voir.

Obs. III. — *Engorgement du testicule présumé squirrheux. — Amputation. — Engorgement de l'autre testicule. — Traitement antivénérien. — Guérison.*

M..., âgé de quarante ans, cultivateur, portait, depuis deux ans, un engorgement du testicule gauche. Ce malade, ancien soldat, avait eu quelques affections vénériennes. Cependant le volume, la dureté, et les douleurs lancinantes, ne laissèrent aucun doute sur la nature de l'engorgement; on le crut squirrheux; l'ablation proposée fut acceptée par le malade, et pratiquée par le Dr C... Le cordon, les glandes de l'aine ne présentèrent aucune altération; la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation; mais au bout d'un mois, le testicule droit commença à s'engorger. Était-ce une récidive? Dans cette supposition, convenait-il d'amputer encore cet organe? N'était-il pas à craindre que le mal ne se propageât dans l'abdomen? Le cas était fort embarrassant. Dupuytren fut alors consulté; son expérience et l'habitude d'interroger avec soin les malades et de leur faire subir un traitement en rapport avec la cause présumée de l'engorgement, avant de pratiquer l'opération, le conduisirent à prescrire les antivénériens. A peine un mois s'était-il écoulé que l'engorgement diminua de volume, et bientôt il ne tarda pas à se résoudre complètement.

Obs. IV. — *Engorgement syphilitique pris pour une affection cancéreuse. — Ablation d'un testicule. — Récidive dans l'autre. Traitement antivénérien. Guérison. — Hydrocèle consécutive.*

M. B..., de Nancy, trente-quatre ans, s'aperçut, il y a plusieurs années, que son testicule droit devenait dur, douloureux. Dans sa jeunesse il avait eu une affection vénérienne. M. le Dr B.., à qui il s'adressa, crut à un engorgement squirrheux, et adressa son ma-

1. Dupuytren, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 2e édit., t. IV, 1839, 226 et 227. (Observations recueillies par M. Marx.)

lade à M. le professeur R... pour être opéré. Le testicule fut enlevé, et bientôt après M. B..., guéri, retourna dans son pays.

Deux ans s'étaient à peine écoulés que l'autre testicule s'engorgea, devint douloureux. M. B..., fut de nouveau appelé. Il pensa que l'affection cancéreuse s'était reportée sur l'autre organe, et dans un cas aussi grave il ne crut mieux pouvoir faire qu'en l'adressant au praticien qui l'avait si heureusement débarrassé une première fois. M. le professeur R... partagea l'opinion d'une récidive, et proposa l'ablation de l'autre testicule.

Marié et tout jeune, ce sacrifice parut trop pénible à notre malade. Il s'adressa d'abord à M. le professeur Cloquet, qui ne pensa pas comme notre collègue; puis M. B... vint trouver le Dr Marx, qui, après avoir examiné avec soin le malade, pensa qu'une affection syphilitique ayant existé, l'engorgement devait participer de cette nature, et qu'avant tout un traitement antivénérien devait être employé. Le malade, rassuré, adopta ce parti. Au bout d'un mois de traitement par les pilules avec un huitième de grain de sublimé, et les frictions mercurielles sur le testicule, cet organe était revenu à son état normal; plus de tuméfaction, plus de dureté, plus de douleurs, mais l'engorgement, en se dissipant, avait laissé dans la tunique vaginale une certaine quantité de liquide; en un mot, une hydrocèle s'était développée. M. le professeur Cloquet fut appelé pour constater la guérison de la maladie primitive, et pour reconnaître la maladie secondaire.

L'hydrocèle fut traitée par injection; l'inflammation qui survint fut modérée, et ce malade, guéri, retourna reprendre son commerce à Nancy.

Lagneau soutenait cependant que la syphilis n'avait aucune influence sur les plaies, et qu'elles guérissaient aussi promptement chez le sujet affecté d'une maladie vénérienne abandonnée à elle-même, que chez l'homme sain. L'inflammation des plaies serait même une contre-indication au traitement mercuriel[1].

Cependant les auteurs du *Compendium de chirurgie* sont encore plus explicites que Fournier-Pescay; ils ont aussi une idée plus nette de l'influence réciproque de la syphilis et du traumatisme. Comme les chirurgiens du XVIIIe siècle, et comme Dupuytren et Boyer, ils reconnaissent d'abord la nécessité d'un traitement général lorsqu'on opère un diathésique. « C'est ainsi qu'un traitement antisyphilitique vien-

1. Lagneau, *Traité prat. des mal. syph.*, 6e éd., 1828, t. II, p. 389

dra en aide à une opération pratiquée par une fistule à l'anus d'origine vénérienne » (t. I, p. 60).

Vidal (de Cassis) a tenu plus récemment le même langage[1] : « Les indurations vénériennes simulent quelquefois le squirrhe du rectum de la manière la plus complète... J'ai traité, dit cet auteur, à Lourcine, une femme portant une de ces indurations qui avait considérablement rétréci le rectum, et surtout l'anus. Là étaient des bosselures, des tumeurs d'une dureté extraordinaire, qui, entourant l'anus, semblaient prolonger le rectum au dehors. Après avoir administré un traitement mercuriel méthodique, j'extirpai les tumeurs qui bordaient l'anus, ce qui me permit l'introduction de mèches dont j'augmentai progressivement le diamètre, et j'obtins ainsi, par la combinaison du traitement général, de l'extirpation et de la compression, une cure complète. Serait-il bien difficile de faire passer ce cas pour une guérison de squirrhe du rectum?

« Un chirurgien devra, dans tous les cas d'affections graves du rectum, aller à la recherche des antécédents. S'il sait interroger le malade, presque toujours, dans les cas qui ressemblent à ceux que je viens de citer, il apprendra que d'autres symptômes vénériens ont existé ; le plus souvent aussi, il découvrira que nul traitement intérieur n'a été fait, ou n'a été dirigé convenablement. »

« L'existence de quelque vice, disent encore les auteurs du *Compendium*, tel que le scorbutique, le *vénérien*, peut retarder ou même empêcher le travail de la cicatrisation, et les plaies dégénérant en ulcères peuvent offrir l'aspect qui caractérise ces diverses sortes de cachexies » (t. I, p. 314).

Voilà donc l'influence de la syphilis sur le traumatisme bien reconnue ; plus loin, Bérard et Denonvilliers admettent celle du traumatisme sur la syphilis. « Souvent un accident, en apparence léger, une contusion, une écorchure, est le point de départ d'un mal qui couvait sourdement et préparait depuis longtemps ses ravages » (p. 583).

En 1837, nous trouvons aussi un passage fort intéressant dans la thèse de Barraud. « Lorsque la syphilis est constitutionnelle chez l'individu, peut-on espérer pratiquer sur lui une opération avec plein succès? Je crois qu'on peut répondre négativement, soit que l'opération soit faite pour une cause étrangère à la maladie, une lésion accidentelle, par exemple, soit que l'opération ait pour but la résection d'une portion osseuse malade, l'ablation de quelques végé-

[1] Vidal (de Cassis), *Traité de path. ext. et de méd. opér.*, t. IV, p. 422.

tations ou de quelque portion de peau décollée autour d'une ulcération vénérienne; je crois que la plaie ne marchera pas franchement à la cicatrisation, et qu'à une époque variable de sa durée elle sera envahie par le virus syphilitique, deviendra ulcère vénérien, et cessera dès lors de marcher à la cicatrisation.

« Les faits me manquent pour appuyer cette opinion; mais n'est-on pas en droit de l'avoir, quand on songe à la tendance de la syphilis à se montrer sous toutes sortes de formes; et quand on voit chez un vénérien la moindre déchirure à la peau devenir quelquefois une plaie large et inguérissable; lorsque la contusion la plus légère d'un os détermine une exostose ou une périostose très grave; lorsqu'enfin une simple entorse amène les plus grands désordres dans une articulation, l'inflammation et le gonflement des os et plus tard leur carie? J'ai observé tous ces faits; ils sont certes bien loin d'être rares[1]. »

Malgré la netteté de ces affirmations, il ne faudrait pas croire que l'opinion des chirurgiens que nous venons de citer régnait sans conteste. Le doute émis par Lagneau n'était pas un fait isolé, et les écrits de l'époque portent la marque de l'incertitude qui régnait encore dans les connaissances des médcins en syphiligraphie. Nous sommes en effet vers 1840, au moment où Ricord pose les bases de sa doctrine en matière de syphilis; on ne se contente pas d'étudier les phénomènes propres à cette diathèse, on voudrait encore savoir quels sont ses effets sur l'organisme de l'individu qui en est infecté; mais, faute d'observations, on nie ou on affirme également à la légère.

Ces tendances se retrouvent dans les concours de la Faculté de médecine de 1838, 1847, 1851, 1857 (Paris) et 1853 (Strasbourg), où, à cinq reprises différentes, la question fut posée.

En 1838, c'est M. Nonat qui eut à traiter la question *des diathèses*. A propos de la syphilis il ne mentionne que l'opinion de Dupuytren citée plus haut.

En 1847, la question revient sous une forme plus en rapport avec notre sujet.

Des diathèses au point de vue chirurgical: tel est le titre du travail de M. Lucien Boyer. On y voit bien, à la page 35, la recommandation d'administrer aux syphilitiques le traitement spécifique avant de les opérer. Mais on vient de lire à la page 34 :

1. A. Barraud (*de Lyon*). *Observ. et réflex. sur les suites des opér. chir.* Th. de Paris, 1837, n° 252, p. 42.

« A l'époque des phénomènes consécutifs, les plaies ne revêtent qu'exceptionnellement le caractère syphilitique, ainsi que le prouvent, suivant M. Ricord, les nombreuses applications de sangsues et les nombreuses saignées faites à cette époque, sans qu'il ait jamais vu survenir d'ulcération syphilitique des plaies. La marche vers la guérison des plaies résultant d'ablation de tumeurs osseuses tertiaires ne paraît pas être modifiée. On a pu même souvent exciser des amygdales hypertrophiées à côté d'ulcérations secondaires occupant une grande partie du voile du palais, sans que les plaies soient elles-mêmes devenues le siège d'ulcérations. »

Lucien Boyer, s'inspirant de Ricord, semblait répondre à Cazenave, qui, en 1843, avait dit :

« Appliquez des sangsues chez certains individus atteints de syphilis, souvent les morsures se changent en autant de chancres, et bien que la plaie soit triangulaire, au bout de quelques jours les ulcérations ont pris la forme ronde » (*Traité des syphilides*, p. 165).

Et plus loin, page 528 :

« J'ai dit que les éruptions vénériennes étaient le plus souvent l'expression du tempérament syphilitique, dont l'existence se révélait ainsi sous l'influence d'un trouble quelconque survenu dans l'économie. Cela est vrai, bien certainement, pour la plupart des cas. Il ne suffit pas, pour que l'éruption se manifeste, que la syphilis existe, il faut encore que son apparition soit le résultat d'un élément morbide non spécial, capable de déterminer un trouble quelconque, trouble qui est suivi de l'apparition du symptôme consécutif. C'est la cause occasionnelle du développement des syphilides. Cette cause peut varier d'ailleurs à l'infini ; elle peut être une émotion morale vive, une affection non vénérienne, *un coup*, *une plaie*, un excès de boisson, une fatigue excessive, un bain de vapeur, *l'application d'un vésicatoire.* »

Sur un total de 37 observations de ce genre, Cazenave cite comme ayant donné lieu à ces éruptions :

Blessures, contusions, piqûres, 5 cas ;

Travail de l'accouchement, 1 cas ;

Application d'un vésicatoire, 1 cas.

Ces faits et d'autres insérés dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* valent bien, je pense, autant que les assertions de Lagneau et de Lucien Boyer, qui n'apportent aucune observation à l'appui de leur dire.

Un peu plus tard Jobert vint au secours de Cazenave.

« Il faut, dit-il, s'informer des antécédents du malade, visiter avec soin la bouche, les aines, la peau, etc., pour s'assurer qu'il n'y a pas de stigmates d'une ancienne affection syphilitique. C'est pour ne pas avoir suivi ces préceptes que j'ai vu des opérations de ce genre échouer. Cette vérité n'est-elle pas mise hors de doute par une de mes observations? L'autoplastie échoua deux fois de suite sur le même individu. La troisième opération fut couronnée de succès, le virus ayant été détruit par un traitement approprié. Le virus syphilitique refusa donc à la lymphe la plasticité nécessaire pour que l'agglutination se fît[1]. »

L'opinion de Cazenave et de Jobert est donc basée sur des observations, que nous rapportons plus loin, et qui nous paraissent des plus concluantes. On aurait pu croire par conséquent que, provenant d'hommes aussi en relief, elles allaient contribuer à faire prévaloir l'idée que la syphilis pourrait bien exercer une certaine influence sur les lésions traumatiques. Il n'en fut rien.

Nous avons déjà vu le peu de crédit que les observations de Cazenave avaient obtenu auprès de L. Boyer; bientôt Ricord, qui était de l'avis de ce dernier, allait essayer de renverser, à force d'esprit, le frêle échafaudage élevé par ses contradicteurs.

En effet, en 1851, dans le cours d'une discussion à la Société de chirurgie, Huguier ayant avancé que, sur un sujet déjà infecté la moindre lésion de la peau, sans inoculation, *peut* amener la détermination d'un accident syphilitique, Ricord prit la parole à la séance suivante et s'éleva avec force contre cette idée.

« Je dois, dit-il, combattre une grave erreur qui a cours dans quelques ouvrages, dans ceux de Cazenave entre autres, et que notre honorable collègue M. Huguier a soutenue ici, à savoir qu'il suffirait de faire une piqûre, une égratignure, une solution de continuité quelconque à un vénérien pour que ces blessures devinssent aussitôt des ulcérations vénériennes. C'est une erreur que je demande à notre ami et collègue M. Huguier la permission de combattre avec énergie, non seulement au point de vue de l'inoculation syphilitique, mais au point de vue plus général de la chirurgie et des opérations. Non, et je l'ai déjà dit ailleurs, non le vénérien n'est pas une outre virulente qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus qui doit ensuite spécifiquement corroder, *ulcérer chancreusement* l'ouverture qui lui a donné passage. On peut opérer, et nous opérons tous les jours, des individus affectés des divers symptômes de la syphilis

1. *Traité de chir. plastique*, t. II, 1849, p. 160.

et nos opérations marchent comme dans les cas ordinaires, pourvu que les plaies ne soient pas souillées, après coup, par du pus primitif, c'est-à-dire du pus virulent[1]. »

Nous ferons remarquer, ce que du reste Huguier a relevé immédiatement, que Ricord fait dire à ses adversaires plus qu'ils n'ont voulu dire eux-mêmes; et Chausit, dans le journal de Cazenave, répondait au nom de celui-ci quelque temps après : « L'expérience apprend que les piqûres, les solutions de continuité simples faites à un sujet syphilitique *peuvent*, et non *doivent nécessairement*, devenir ulcéreuses[2]. »

N'ayant pas d'observations à donner, M. Ricord s'était contenté d'affirmer, ou de nier, comme on voudra, mais il n'avait pas convaincu ses adversaires. Néanmoins les choses en restèrent là. Dans les thèses de concours ou monographies publiées vers cette époque, il n'est pas fait mention de ces faits, comme s'ils n'eussent pas dépassé l'enceinte de la Société de chirurgie[3].

L'obscurité qui régnait encore sur la question ne fut guère dissipée par la thèse d'agrégation de Racle, puisque l'opinion contraire était soutenue quatre ans plus tard. Cependant un passage de son travail est assez intéressant pour que nous le reproduisions ici.

« Voici, dit-il, ce que l'observation a appris. Une affection traumatique survenant dans le cours d'une diathèse est souvent influencée en mal par celle-ci. Une plaie de cause externe ou une contusion, chez un *syphilitique*, un scrofuleux, guérissent mal, lentement; il a tendance à une longue suppuration, à l'ulcération. C'est chez les scorbutiques, les *syphilitiques*, qu'on a observé surtout le défaut de consolidation des fractures; les opérations chirurgicales réussissent mal chez eux; les plaies prennent un mauvais caractère et traînent en longueur : aussi faut-il diminuer d'autant la responsabilité du chirurgien dans le cas de succès incomplet des opérations pratiquées dans ces conditions. C'est aussi chez ces malades que se rouvrent les cicatrices d'anciennes blessures, et que les simples arthrites se transforment en tumeurs blanches. »

Racle[4], en écrivant ces lignes, avait-il des exemples sous les yeux? Rien ne le dit, car il ne cite aucune observation. Est-ce pour cela que l'idée qu'elles contiennent passa inaperçue? Peut-être. Toujours

1. *Bull. Soc. chir.*, 1re série, t. II, p. 41, 1851-52.
2. *Annales des mal. de la peau et de la syph.*, t. III, 1851, p. 162.
3. Voy. Grisolle, *Des diathèses*, 1851. — Bamberger, *Des dyscrasies*, Strasbourg, 1853. — Baumès, *Précis théorique et pratique des diathèses*, Lyon, 1853.
4. Racle, *Des diathèses*, 1857, p. 52.

est-il que l'opinion de Lagneau et de Ricord trouva encore un adepte.

« La vérole constitutionnelle, dit Drakaky[1], n'empêche pas la réunion immédiate, et nous avons vu des individus affectés de syphilis guérir avec autant de facilité que des sujets sains. »

Quelques documents avaient aussi été publiés sur ce sujet en Allemagne.

H. Hölder[2] s'exprime en ces termes : « Lorsque la peau, les muqueuses, les os et en général tous les organes que le syphilis attaque de préférence, sont atteints par une autre affection, le virus syphilitique se manifeste de préférence dans ces mêmes endroits. Les plaies, les excoriations, les panaris, surtout les plaies suppurantes s'aggravent d'une façon manifeste, les maladies des os empirent, de simples contusions peuvent donner lieu à des exostoses. Dans les maladies du tube digestif, le virus syphilitique se localise et se manifeste souvent dans la bouche, dans le nez et à l'anus. »

Le professeur Lœffler[3] pense que les dyscrasies chroniques, comme la syphilis constitutionnelle, la tuberculose, etc., n'ont presque pas d'influence sur la guérison des plaies par armes à feu ; les marches forcées, les soins insuffisants sont des causes qui influent bien plus sur la marche des plaies.

Stromeyer[4] dit : « Les maladies constitutionnelles influent sur la marche des plaies de guerre de différentes manières ; si le processus de cicatrisation évolue sans trop de symptômes de réaction, la maladie constitutionnelle ne se manifeste qu'après la cicatrisation de la plaie. J'ai vu des hommes atteints de syphilis constitutionnelle guérir de leurs plaies comme des individus sains, et les symptômes syphilitiques se manifester après la guérison. »

En résumé, nous voyons qu'en 1861 on n'a encore publié que peu d'observations, et qu'on n'est pas d'accord sur la question de savoir si la syphilis exerce, oui ou non, une influence quelconque sur les lésions traumatiques. Mais l'éveil était donné.

A partir de 1863 paraissent plusieurs travaux, peu volumineux à la vérité, mais qui tous contiennent des observations. Les premiers ont été provoqués par la note suivante, insérée par M. Verneuil dans la *Gazette hebdomadaire* (1863, p. 134). A propos de l'obser-

1. *De la réunion immédiate*. Thèse de Paris, 1861, p. 24.
2. *Med. Handbibliot.* 3e Bd : *Lehrbuch der vener. Krankh.* Stuttgart, 18[illegible] p. 359. (D'après Düsterhoff.)
3. *Grundzuge und Regeln für die Behandlung der Schusswunden im Kr*[illegible] 2e part. p. 37. — D.
[illegible] *rimen der Kriegsheilkunst*, Hannover, 1861, p. 194. — D.

vation intéressante d'une affection peu connue décrite par Mirault (d'Angers), et qu'il rattache au rhumatisme[1]. M. Verneuil, faisant allusion au fait de Jobert, rapporté plus haut, dit :

« Vous opérez chez un syphilitique une fistule pénienne, la réunion immédiate manque, l'autoplastie échoue. Vous instituez un traitement approprié, puis vous recommencez, et cette fois avec succès. Si le syphilitique s'était fait dans une chute une plaie du front six fois plus large, l'adhésion primitive aurait réussi probablement du premier coup.

» Je ne fais que soulever ici, sans m'y étendre, une question qui intéresse au plus haut point la médecine opératoire, et qui est encore cependant entourée d'obscurités. »

A la lecture de cette note, M. le Dr Guillemin, médecin militaire, se rappela un cas de plaie chez un syphilitique qu'il avait observé quelque temps auparavant et qui n'avait guéri que par le traitement spécifique, et le publia également dans la *Gazette hebdomadaire* (1863, p. 472).

Ambrosoli s'occupait de son côté de l'influence des diathèses sur les lésions traumatiques depuis assez longtemps, dit-il, lorsque parut l'observation de Guillemin, dont il eut connaissance. Il s'empressa alors de publier quatre faits qu'il avait observés et qui montrent nettement l'influence de la syphilis sur les lésions traumatiques même légères. « Le médecin, dit-il en terminant, en face d'un individu syphilitique atteint d'une plaie offrant le caractère des ulcères syphilitiques, et rebelle au traitement ordinaire des plaies, doit donc se hâter de combattre énergiquement la diathèse syphilitique[2]. »

H. Demme[3] pense que « l'affection syphilitique peut avoir une influence très prononcée sur la marche des plaies, surtout pendant la période secondaire ou tertiaire. Dans un certain nombre d'observations, cette marche parut normale malgré les manifestations syphilitiques, dans beaucoup d'autres cas les changements suivants eurent lieu. Les plaies en apparence les plus légères prirent

1. A ce propos M. Düsterhoff dit, et M. Bénicy dans sa thèse inaugurale (Paris, 70), répète : « Plusieurs observations publiées dans la *Gazette hebdomadaire*, 1863, par le professeur Verneuil, Mirault (d'Angers) et Guillemin concluent à la nécessité de soumettre le syphilitique à un traitement, avant de l'opérer. » (Düsterhoff, p. 642 et Bénicy, p. 8). — M. Verneuil n'avait alors publié aucune observation; celle de Mirault n'avait nullement trait à une syphilitique, le reste seulement est exact.

2. *Gazetta med. italiana lombardia*, 1863, et *Gaz. méd. de Paris*, 1863, p. 824.

3. *Allg. Chirurgie des Schusswunden*, Wurzburg, 1863, I Th., p. 115. — D.

une marche chronique. Je pus constater que chez plusieurs la surface de la plaie présentait les caractères d'un ulcère, avec fond livide, inégal et des entailles profondes ; la sécrétion était insignifiante, le pus de mauvaise nature et la sensibilité souvent très prononcée. Dans deux cas où je pus constater, non sans peine, l'existence d'un chancre induré mal soigné, l'effet de l'iodure de potassium administré pendant plusieurs semaines fut surprenant. Par contre, chez un officier autrichien présentant une plaie superficielle à la jambe droite, ayant tous les caractères indiqués plus haut, la guérison se fit attendre plusieurs mois, malgré l'emploi de l'iodure de potassium et une cautérisation énergique. »

J. Neudörfer[1] dit que « parmi les complications qui surviennent pendant la période de réparation des plaies, la syphilis a pris une importance capitale. Dans le monde et parmi les médecins, il existe un préjugé qui veut que les plaies, les lésions osseuses, soient entravées dans leur guérison par les manifestations syphilitiques, et que les plaies par armes à feu ne puissent guérir que lorsque la syphilis a été traitée. Même les plaies par instruments tranchants doivent se transformer en ulcères syphilitiques chez les individus atteints de cette maladie. Théoriquement parlant et d'après ce que nous savons de la syphilis et de ses manifestations, ces considérations peuvent paraître exactes. Cependant l'expérience quotidienne contredit si formellement cette manière de voir, qu'on se demande comment on peut encore soutenir de pareilles théories. Examinons donc, dans les plaies par armes à feu compliquées de syphilis : 1° si la syphilis imprime son cachet sur les plaies et peut entraver leur guérison : 2° si la suppuration influe sur la syphilis.

Dans chaque guerre, il y a bon nombre de soldats et notamment d'officiers atteints de différentes formes de syphilis, et qui, autant par devoir que par le désir de se distinguer, ne veulent pas retarder leur entrée en campagne ; il s'ensuit qu'on a suffisamment l'occasion d'observer. Nous avons constaté qu'aucun syphilitique n'a succombé à sa blessure si cette blessure n'était pas mortelle par elle-même. Parmi les quinze ou vingt malades qui sont présents à notre mémoire, nous n'avons constaté sur eux aucune complication telle que gangrène, pyohémie, etc. Si de ces observations on ne peut pas conclure d'une manière certaine que la syphilis n'a aucune influence sur les plaies, on peut du moins affirmer que les plaies simples ne sont pas sensiblement altérées par la syphilis. Les plaies ne prirent

1. *Handbuch der Kriegschirurgie*, Leipzig, 1864, p. 245. — D., p. 645.

jamais les caractères de l'ulcère syphilitique et la guérison n'en fut point entravée. Nous possédons des observations de plaies par suite d'opérations, même de résections osseuses, chez des individus affectés de syphilis, qui guérirent par première intention. Si donc la syphilis ne peut empêcher une réunion par première intention dans les parties molles ou dans les os, *a fortiori* ne peut-elle pas entraver la guérison de la plaie. »

Pour ce qui est de la durée de la guérison des plaies, Neudörfer conclut que tout traitement antisyphilitique est superflu et que l'idée que la syphilis puisse être un danger pour le blessé est absolument dénuée de fondement.

Le 24 février 1865, le professeur Zeissl (de Vienne) lut à la Société royale impériale de cette ville un travail sur ce sujet[1], peu favorable en somme à l'influence de la syphilis sur les plaies. Il a vu, chez bon nombre de ses clients atteints de syphilis à diverses périodes, les plaies par armes à feu, instruments contondants ou tranchants, guérir parfaitement et sans être entravées dans leur marche.

En mars de la même année, le Dr Thoman publia à l'appui des idées émises par le professeur Zeissl un article important[2]. Nous allons traduire aussi fidèlement que possible sa pensée, car son travail contient, d'après nous, comme nous le dirons plus loin, des opinions erronées.

« Si les chirurgiens militaires, dans leurs affirmations sur la marche des plaies chez les syphilitiques, se contredisent si fréquemment, il ne faut pas en chercher l'explication dans ce fait qu'il y aurait plusieurs natures de syphilis, car, en réalité, elle a sous tous les climats des formes identiques, notamment en ce qui concerne la marche et la terminaison des plaies, dans ses périodes primitive et secondaire. Il faut plutôt en chercher la cause dans l'inégalité de l'expérience des observateurs.

» L'expérience enseigne clairement que les plaies guérissent chez les syphilitiques comme chez les non-syphilitiques, et beaucoup mieux que chez les scrofuleux et autres individus d'une constitution débile.

» Nous avons vu des plaies chez des syphilitiques rester constamment saines et même guérir relativement plus tôt que chez des individus jouissant d'ailleurs d'une bonne santé.

» J'ai vu, par exemple, une plaie d'arme à feu guérir dans le

1. *Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 1865, p. 83.
2. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 15 mars 1865, n° 21 col. 352, etc.

temps ordinaire chez un individu atteint de syphilis secondaire. La maladie n'avait apporté aucun obstacle, aucun retard à la guérison.

» J'ai amputé un soldat retiré du service dont les deux pieds avaient été gelés, disait-il, à la bataille de Grosswardein. Le cas était tel qu'il ne pouvait marcher que sur les mains et sur les genoux. Dans le cours de l'opération, je découvris qu'il était atteint d'une syphilis cutanée, avec des traces de chancres et plusieurs ulcérations au pénis.

» Malgré cette complication, les plaies résultant de l'amputation suivirent une marche satisfaisante et guérirent par première intention. La syphilis n'en suivit pas moins son cours.

» Qu'une plaie chez un sujet faible, débile, blond, impressionnable, ait, *a priori*, quand il est syphilitique, une tendance à devenir, à la moindre occasion, malsaine, impure, et à prendre le caractère syphilitique, cela est certain. Mais on peut considérer comme très probable qu'avec des soins et un traitement approprié elle suivra une marche régulière, pour arriver à une guérison complète. »

Suit une observation de trachéotomie dans laquelle la plaie prit, dans sa moitié inférieure, un caractère particulier (Voyez Obs. X).

« Comme le professeur Zeissl, ajoute Thoman, j'admets que la pression ou le frottement est une cause accidentelle de la spécificité des plaies chez les syphilitiques.

» Cette doctrine est confirmée par les observations des chirurgiens militaires qui ont constaté que, lorsqu'un blessé reçoit immédiatement sur le champ de bataille les soins qu'exige son état, et n'est pas évacué sur un hôpital plus ou moins éloigné, sa blessure, même chez des sujets syphilitiques, peut guérir facilement. Mais si, par suite des nécessités d'un transport lointain, le chirurgien est obligé de se contenter du premier et indispensable appareil, les frottements inséparables du cahot du véhicule, l'impossibilité, pendant le trajet, d'entretenir la plaie en bon état de propreté, etc., etc., concourront, surtout chez un syphilitique, à retarder la guérison. »

C. Heine[1] cite des cas très défavorables. Il a constaté, chez les blessés affectés de syphilis constitutionnelle, la marche languissante des plaies par suite du peu de vitalité des tissus et la mauvaise qualité du pus.

1. *Die Schussverletzungen der unteren Extremitäten*, Berlin, 1866, p. 81.—

J.-O. Martini est de l'avis de Zeissl. Les plaies ne sont pas altérées visiblement par la syphilis, n'en prennent pas le caractère et leur guérison n'est pas entravée, un traitement spécifique est inutile au moins pendant la durée de la plaie[1]. Plus tard il ajoute : On ne doit s'abstenir d'opérer que dans le cas où la région malade est le siège d'une infiltration syphilitique; si pendant le cours de la guérison surviennent des accidents pouvant être attribués à la syphilis, on entreprendra un traitement spécifique[2]. Enfin il dit encore : La syphilis n'entrave pas la marche des plaies, et la suppuration ne peut ni modifier, ni enrayer la syphilis. L'emploi du mercure trouble la guérison des plaies, surtout de celles par armes à feu, bien plus que la syphilis elle-même[3].

H. Fischer[4] attribue peu d'influence à la syphilis sur la marche des plaies. En général, dit-il, on ne doit guère se préoccuper des symptômes de syphilis dans le traitement des plaies, car elle a peu d'influence, et le pus ne modifie non plus en rien son état. Dans la dernière guerre, devant Metz, il put constater encore la prompte guérison de plaies simples par armes à feu chez trois individus syphilitiques[5].

Merkel, en 1870, publia aussi trois observations ayant trait à notre sujet, et qui sont relatés plus loin. Voici les conclusions de son travail :

1° La syphilis ne trouble pas généralement l'évolution naturelle des plaies;

2° Elle se manifeste quand l'infection s'est produite peu de temps avant le traumatisme;

3° Les plaies, même graves, celles des articulations ou celles qui s'accompagnent de phlegmons profonds, ne sont pas en général influencées par une diathèse spécifique antérieure;

4° Les manifestations de la syphilis, à la suite de traumatisme, sont ordinairement cutanées et s'observent au niveau de la cicatrice ou bien dans les parties de l'enveloppe cutanée qui sont habituellement atteintes[6].

D'après Pirogoff[7] « on peut admettre que la syphilis primitive

1. *Schmidt's Jahrb.*, 1864, t. CLXIV, p. 106. — D., p. 649
2. *Ibid.*, 1867, t. CXXXVI, p. 336.
3. *Ibid.*, 1869, t. CXLI, p. 247.
4. *Kriegschirurgie*, Erlangen, 1868, p. 422. — D., p. 650
5. *Kriegschir., Erfahr. vor Metz*, I Theil, Erlangen 1872, p. 62. — D.
6. *Aerztlische Intelligenzblatt*, 1870, n° 49. *Centralblatt für medic. Wissenschaft*, 1871, p. 61, et *Arch. gén. de méd.*, 1872, 6e série, t. XIX, p. 335.
7. *Grundzüge der allg. Kriegschirurgie*, Leipzig, 1871, p. 908. — D., p. 651.

n'exerce aucune influence sur les plaies; parmi les officiers blessés on en trouve souvent qui sont affectés de bubons et de chancres; ils cachent d'habitude ces accidents et ne les déclarent très souvent qu'après la guérison complète de leurs blessures. Même les grandes plaies d'amputation guérissent sans accident.

Quant à l'influence de la syphilis secondaire, elle est incontestable, mais elle ne se déclare que dans certaines conditions inconnues. Dans bien des cas les plaies guérissent même chez des malades atteints de syphilides, dans d'autres cas des plaies même superficielles sont arrêtées dans leur cicatrisation, les granulations s'exulcèrent, se recouvrent d'un enduit blanc jaunâtre; la sécrétion purulente diminue, la plaie devient douloureuse, les bords en sont infiltrés et livides. Cet accident est-il dû à la syphilis, à une scrofule concomitante ou au traitement mercuriel? Je ne puis me prononcer sur ce point; mais certainement une de ces trois causes doit agir. J'ai vu très souvent des plaies s'améliorer rapidement à la suite d'un traitement par l'iodure de potassium et la salsepareille; par contre, chaque fois que j'ai appris que les malades avaient pris du mercure, j'ai cherché à combattre la dyscrasie mercurielle.

Quelques observateurs ont soutenu que les plaies chez les syphilitiques et les scrofuleux avaient moins de chance de pyohémie et je suis assez de leur avis tant que les conditions hygiéniques de l'hôpital ne sont pas mauvaises, car lorsque la pyohémie sévit sur une vaste échelle dans un hôpital, on ne peut guère compter sur la nature de la plaie. »

Bernard Beck admet l'influence de la syphilis sur la marche des plaies, mais comme pour les autres états débilitants, et sans se prononcer sur la nature de cette influence.[1]

» Une complication qui n'est pas rare, dit Heyfelder[2], et dont la production n'a aucun rapport avec la blessure, mais bien avec la guerre elle-même, est la syphilis. La guerre favorise l'apparition sur une grande échelle d'accidents primitifs et fait que le traitement en est négligé; d'un autre côté les fatigues, les privations, l'influence du froid, les erreurs du régime favorisent, en campagne, le développement des accidents secondaires.

Nous ne prétendons pas dire que les blessures chez les syphilitiques subissent des altérations spécifiques. La réunion immédiate n'est même pas impossible chez eux. Mais il arrive souvent, surtout quand il s'agit de plaie en suppuration, que la lésion soit modifiée

1. *Chirurgie des Schussverletzungen*, Frib. I Br. 1873, p. 263. — D., p. [illegible]
2. O. Heyfelder. *Manuel de chir. de guerre*. Trad. Rapp. 1875, p. 195.

Dans le cours d'un traitement conduit selon toutes les règles, chez des individus en apparence bien portants, on observe un arrêt dans la marche vers la guérison; parfois aussi on voit survenir un changement de coloration de la plaie, puis on constate une altération de la sécrétion, le renversement des bords, des dépôts couenneux étendus sur toute la surface de la plaie, qui finit par prendre l'apparence d'un ulcère syphilitique.

A Neuwied, chez un blessé français, j'observai une large plaie en sillon peu profonde, siégeant sur le thorax, et qui avait pris tout à fait le caractère d'un ulcère syphilitique, tandis qu'une seconde plaie au tibia ne présenta aucune altération visible.

Chez un officier russe, atteint de varioloïde pendant qu'il était en puissance de syphilis secondaire, 45 pustules en suppuration se transformèrent en autant d'ulcères syphilitiques.

Souvent apparaît autour de la plaie une éruption caractéristique, laquelle, jointe à d'autres groupes de symptômes : angine, *corona veneris*, végétations, douleurs osseuses, adénopathie, complète le tableau de la syphilis secondaire. Quand on néglige cette complication, elle ne fait que s'étendre, tandis que la guérison des plaies et la consolidation des fractures ne font aucun progrès. Quand on a recours à un traitement hydrargyrique énergique, on voit, au début de l'action thérapeutique, les produits de sécrétion devenir plus liquides, et les cicatrisations récentes se résoudre. Quand l'état général et la constitution du malade l'exigent, on interrompt le traitement antisyphilitique et l'on agit par les toniques. L'objectif du traitement doit consister à écarter avant tout la complication, sauf à guérir la blessure plus tard; cela peut être très long et ne réussir qu'imparfaitement. »

En France, on n'était pas resté inactif.

En 1867, au *Congrès médical international*, M. Verneuil souleva de nouveau la question de l'influence des diathèses sur les lésions traumatiques; il la reprit quatre ans plus tard, dans son travail sur l'adénopathie tertiaire[1], où il consacre un chapitre à l'examen des rapports réciproques de la syphilis et des lésions traumatiques. L'année suivante, il attribua encore à l'altération du sang les manifestations diathésiques qui se montrent à la suite des lésions traumatiques légères chez des sujets syphilitiques ou scrofuleux[2]. De plus il me chargea, dès 1869, de prendre l'observation de plusieurs blessés syphilitiques alors dans son service. Chaque année,

1. Voy. plus haut, p. 441.
2. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872, p. 72 et 75.

je recueillis encore quelques faits de ce genre, et je résolus, d'aprè[s] le conseil que m'en donna mon excellent maître, d'en faire le sujet de ma thèse inaugurale.

[La publication de cette thèse fut le point de départ de bien d'autres travaux, dont nous ne ferons ici que l'énumération. Nous résumerons plus loin les plus importants.

Chapitres dans les thèses suivantes : Berger (Paul), agrég. en chir., 1875. — Aubert, thèse de doct., Montpellier, 1876, n° 64. — Turquet de Beauregard, Paris, 1877, n° 352. — Finelli, Montpellier, 1878, n° 18. — Chéri Allais, Montpellier, 1878, n° 54.

Dron, *Influence de la syphilis sur les cicatrices de la peau et le cal des fractures* (*Congrès de Nantes*, 1875, p. 1139).

Le mémoire de Düsterhoff déjà cité (1878).

Jullien, *Traité pratique des malades vénériennes*, Paris, 187[illegible] p. 670.

Gamberini (P.), *Il traumatismo in rapporto colla sifilide* (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle*, février 1879, p. 1).

Barduzzi (Dom.), *Sull' opportunita delle oper. chirurgiche nelle sifilide* (Même recueil, juin 1879, p. 134).

Verneuil, *Syphilis et traumatisme* (*Revue mens. de méd. et de chir.*, 1879, p. 354). — Ce mémoire sera reproduit plus loin.

Köbner, *De la cautérisation provocatrice comme moyen de diagnostic de la syphilis* (*Berl. klin. Woch.*, 1879, p. 749).

Duplay (S.), *Myosite syphilitique diffuse* (*Arch. gén. de méd.*, 1879, 7e sér., t. III, p. 731).

Bénicy, *Syphilis et traumatisme* (Thèse de doct., Paris, 187[illegible] p. 409. — Résumé du mémoire de Düsterhoff).

Folinea (F.), *Des lésions traumatiques chez les syphilitiques* (*Giornale internat. de scien. med.*, 1879, trad. par L.-H. Pet[it] dans *Arch. gén. de méd.*, 1881, 7e sér., t. VI, p. 672, et t. VII, p. 35[illegible]

Lalanne, *Syphilis et traum. en path. oculaire* (Thèse de doct. Paris, 1880, n° 481).

Malécot, *Annales de dermat. et de syphil.*, 1882 (Sera reproduit plus loin).

Ozenne, *Union médicale*, 1883 (Sera reproduit plus loin).

Gellé (Louis), *Des fractures chez les syphilitiques* (Thèse de doct., Paris, 1884).

Terrier (F.), *Éléments de path. chir. générale*, 1885, p. 34.

Jannot (Paul), *Opérations chirurgicales chez les syphilitiques* (Thèse de doct., Paris, 1885, n° 147).

Outre les documents imprimés que nous avons rapportés plus haut, M. Düsterhoff a réuni une trentaine d'observations inédites et demandé à plusieurs des chirurgiens en renom de l'Allemagne leur opinion sur les rapports qui pourraient exister entre la syphilis et les blessures. Voici le résumé de leurs réponses.

M. Langenbeck a constaté pendant la guerre de 1866, chez des officiers autrichiens blessés, l'influence fâcheuse de la syphilis invétérée (troisième période) sur les blessures. Non seulement les lésions graves, telles que fractures par armes à feu, etc., mais même de légères blessures, ne montraient aucune tendance à la cicatrisation. Dans plusieurs cas de fracture de la jambe il observa une gangrène des parties molles présentant un caractère spécial, qu'il n'a plus retrouvé depuis. Il ajoute que cette armée avait fait avant la bataille des marches forcées et avait été soumise à des privations tout à fait inusitées.

Le professeur Lewin dit que bon nombre d'officiers atteints de syphilis à la première et à la deuxième périodes avant la guerre de 1870, furent blessés et que les plaies guérirent sans subir aucune altération ; dans quelques cas la syphilis secondaire récidiva après la guérison complète des plaies. Il constata plusieurs fois que l'opération du phimosis chez les syphilitiques guérissait aussi parfaitement que chez les individus sains.

Burchardt, médecin-major, est d'avis que les formes contagieuses de la syphilis secondaire sont sans influence aucune sur la marche des plaies. Les contusions de la peau, l'irritation chronique des bords de la plaie, etc., peuvent devenir le siège d'éruptions syphilitiques. Les formes non contagieuses de la syphilis tertiaire sont défavorables à la guérison des plaies si elles sont en voie de progression. Si les lésions syphilitiques entrent dans la période de régression ou de guérison sans récidive par l'emploi du traitement spécifique, la marche des plaies est normale.

M. Düsterhoff ajoute : « Après tant d'opinions contradictoires sur le rôle que joue la syphilis dans les plaies de guerre, on peut dire que ce rôle dépend du traitement antisyphilitique avant les blessures, de la constitution du blessé, et du traitement après la blessure. Il est reconnu que les influences débilitantes, l'abus des alcools, les marches forcées très fréquentes pendant la guerre, la nourriture insuffisante, exercent sur la syphilis une action défavorable, qui, au lieu de s'affaiblir, de s'épuiser dans le corps, pénètre les organes profondément et mène finalement à la cachexie syphilitique. Quand de pareils individus sont blessés, on peut aisément prévoir que la

marche des plaies sera défavorable, même si ces individus n'étaient pas syphilitiques.

Si dans ces conditions apparaissent chez le blessé des manifestations de syphilis constitutionnelle, non seulement ces manifestations revêtiront une forme maligne, mais elles influeront d'une manière fâcheuse sur les blessures. Il est très important pour la marche de la syphilis et son influence sur la guérison des plaies, de savoir si le sujet a suivi une cure antisyphilitique avant d'avoir été blessé. »

Voici l'opinion du professeur Billroth (de Vienne) sur la question : « En ce qui concerne l'influence de la syphilis sur les opérations plastiques, on peut l'admettre pour les cas où momentanément les symptômes de syphilis n'existent plus, où toutes les ulcérations ont disparu depuis des mois, et où les cicatrices ne sont plus infiltrées. Aussi bien après la cheiloplastie qu'après l'uranoplastie, j'ai observé des cas où la plaie guérie par première intention s'ouvrit de nouveau au bout de la première semaine, de telle sorte que les lambeaux réunis non seulement se désunirent, mais encore s'écartèrent à une certaine distance ; les plaies ouvertes, résultats de cette désunion des lambeaux, prirent également un caractère particulier : les granulations restèrent pâles, les bords de la perte de substance infiltrés ; le tout s'améliora après l'usage interne de l'iodure de potassium. Il ne faut cependant juger qu'avec circonspection les cas de ce genre ; il ne faut notamment pas perdre de vue que la vitalité de ces parties, d'abord infiltrées, puis disséquées, est toujours difficile à apprécier et que peut-être dans ces parties la circulation régulière du sang et de la lymphe se rétablit plus lentement que par exemple après la guérison d'un lupus ou de plaies simples. D'après cela, les phénomènes mentionnés se rapporteraient plutôt à des conditions vitales locales des tissus qu'à une composition particulière du sang chez les syphilitiques, qui constitue une hypothèse plus ou moins *mystique*...

» Je dois également faire remarquer que les sujets opérés par moi ici, avaient toujours suivi préalablement un traitement sévère par le mercure et l'iodure de potassium : ce qui complique encore et rend plus difficile la signification de ces faits. J'ai opéré deux cas très légers, l'un à Zurich, l'autre ici, dans lesquels toute la lèvre supérieure et le nez étaient détruits par la syphilis. Les malades étaient deux filles d'environ vingt ans ; les cicatrices étaient blanches, lisses, mobiles ; dans les deux cas la formation de la lèvre supérieure réussit au moyen de deux lambeaux pris sur la joue. Environ deux

mois après l'opération, les deux malades mouraient du mal de Bright aigu. »

Le professeur Rizzoli, interrogé par Gamberini, a répondu que, d'après ses souvenirs, les traumas chez des individus affectés de syphilis latente n'avaient subi ni retard ni déviation dans leur marche régulière, et que dans quelques cas très rares de syphilis *in actu*, des plaies petites ou légères n'avaient pas été influencées par la diathèse.

Gamberini pense que ce qui a beaucoup obscurci la question, c'est la confusion que l'on a faite entre les diverses ulcérations d'origine vénérienne. Pour savoir à quoi s'en tenir, il faut examiner comment se comportent les traumas en face de chacune de ces inoculations. Le pus du chancre mou donne à la lésion les caractères d'un chancre mou; celui de la blennorrhagie reste indifférent; celui des ulcères syphilitiques n'agit pas tant que l'affection n'est pas devenue constitutionnelle. N'ayant observé que peu de chose par lui-même, Gamberini examine les travaux des autres. Il trace l'historique de la question d'après ma thèse, rapporte mes conclusions et celles de Düsterhoff, signale les différences qui existent entre elles, et en donne pour cause la différence des circonstances dans lesquelles le traumatisme a été produit et des périodes de la syphilis. La conclusion qu'il en tire, c'est que lorsqu'on verra un trauma chez un syphilitique suivre une marche anormale ou présenter des caractères propres à la syphilis, il faudra soumettre le malade à la médication spécifique.

Gamberini termine par des considérations sur les résultats fournis par l'inoculation du liquide des différents accidents de la syphilis et du sang des syphilitiques, la genèse des affections cutanées chez les malades, et cherche à expliquer ainsi les relations variées des traumas avec la syphilis.

Barduzzi pense que lorsque la syphilis a imprimé des altérations et des modifications dans les tissus, ou qu'elle est arrivée à la période cachectique, elle peut être cause d'accidents des plaies. Mais dans certains cas, comme par exemple dans quelques-uns de ceux rapportés dans ma thèse, il y avait seulement coïncidence, sans que l'on puisse affirmer la relation de cause à effet. Il ne faut donc pas craindre d'opérer des syphilitiques qui sont en pleine manifestation primitive ou secondaire. On connaît, dit-il, un grand nombre de cas d'ablation d'ulcères syphilitiques, de plaques muqueuses, d'amygdales hypertrophiées, de végétations énormes, de ganglions, sans que les plaies aient pris un aspect anormal. Mais

lorsqu'il s'agit d'opérations plus sérieuses, non urgentes, le succès exige une certaine préparation du malade et de bonnes conditions locales; en effet, dans les autoplasties et les amputations chez les syphilitiques, l'insuccès a eu pour cause non pas l'imprégnation du sang et des liquides de l'économie par le virus, mais les altérations locales par cicatrices, par tubercules, par gommes, etc., ou encore l'absence de traitement préliminaire. Quant aux insuccès des opérations pratiquées sur les parties molles ou sur les os pendant la période tertiaire, ils ont pour cause l'insuffisance de l'hématose, l'état cachectique de l'organisme, ou un traitement interne mal dirigé. En général donc, la syphilis ne trouble pas la marche des plaies, et on peut prévenir ou vaincre à l'aide d'un traitement approprié les rares complications qu'on verrait survenir.

Folinea (de Naples) a, comme Düsterhoff, Lewin, Barduzzi, recherché l'influence de la syphilis primitive sur les blessures, et comme eux n'a rien constaté. Nous avions laissé de côté, à dessein, ce chapitre dans notre thèse. Nous pensions en effet que dans les premiers temps de la syphilis, celle-ci restant purement locale, ne peut avoir aucun retentissement sur les plaies situées loin du chancre. Les plaies de voisinage restent également indemnes lorsque l'accident syphilitique n'est pas inoculable sur le patient. C'est pourquoi les opérations pratiquées au voisinage des manifestations primitives (phimosis, ablation d'amygdales, etc.) ont guéri comme des plaies simples [1].

Néanmoins le dernier mot n'est pas encore dit sur ce sujet. En effet l'excision des chancres syphilitiques donne lieu à une plaie qui semble guérir normalement, mais l'induration ne s'en manifeste pas moins dans la cicatrice quelques jours après, montrant ainsi que la diathèse réclame ses droits dès son invasion dans l'organisme et imprime déjà son cachet sur le lieu de moindre résistance [2].

Quant à la syphilis secondaire ou tertiaire, Folinea rapporte un grand nombre d'observations personnelles confirmant nos opinions. Nous reproduirons ses conclusions plus loin.

Le Dr Lalanne a écrit en 1880 sa thèse sur les rapports réciproques de la syphilis et du traumatisme en pathologie oculaire. Il a dans ce but recueilli, comme nous l'avions fait pour le traumatisme en général, les observations publiées par les auteurs et a réuni au

1. Cornil, *Leçons sur la syphilis*, p. 152.
2. Leloir, *De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syph...* (*Ann. de dermat. et de syphil.*, 1881, t. II, p. 69).

assez grand nombre de documents intéressants. Comme les autres blessures, les plaies de l'œil peuvent attirer sur elles la syphilis et la réveiller alors qu'elle semble éteinte. M. Lalanne a joint aux faits déjà publiés plusieurs observations inédites recueillies dans la pratique de M. Galezowski, les a rangées suivant le plan indiqué dans notre thèse et en a tiré des conclusions analogues, que nous reproduirons plus loin. — L.-H. Petit, 1887.

Nous voyons d'après les citations précédentes, dont nous pourrions encore augmenter le nombre, que les auteurs qui se sont occupés des rapports de la syphilis avec le traumatisme se divisent en deux camps opposés, les uns reconnaissant, les autres refusant à cette diathèse une influence sur les lésions traumatiques.

On pourrait faire une troisième classe pour ceux, beaucoup plus nombreux, qui passent notre sujet sous silence.

Ces divergences d'opinions ont des causes que nous allons nous efforcer de découvrir.

A. — Nous ferons d'abord remarquer que, jusqu'en 1852, on 'avait encore que des idées vagues sur la *dualité chancreuse* et sr la valeur de l'inoculation comme moyen de diagnostic des deux spèces de chancres. A cette époque parut l'ouvrage remarquable Bassereau[1], et les idées furent fixées sur ces points litigieux. icord, il est vrai, avait déjà parlé de la dualité chancreuse, mais us forme d'hypothèse, et c'est en 1858 seulement que l'on sut à oi s'en tenir sur sa manière de voir[2]. Et encore l'*École des Identités* comptait-elle néanmoins de nombreux représentants. Il est nc plus que probable que l'on a vu bien souvent des syphili|ues, là où il n'y avait que des malades atteints de chancres nples; blessés ou opérés, ces individus devaient évidemment ne senter rien de particulier.

B. — On est généralement parti de ce principe faux : que la hilis se comporte de la même manière chez tous les individus, offre toujours la même gravité, la même intensité aux diverses iodes de son évolution, sans tenir compte ni de l'influence du itement, ni de la coïncidence d'une autre diathèse, ni de l'état hectique du malade, — alors on a voulu que les lésions traumaies suivissent la même marche, et présentassent les mêmes caracs objectifs chez tous les syphilitiques.

Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis, 1852.
Leçons sur le chancre, rédigées par A. Fournier. Paris, 1858.

C'est pourquoi, s'appuyant sur les fait positifs qu'il avait observés, et appliquant à tous ce qu'ils avaient vu chez quelques-uns, les auteurs ont dit, tantôt : « les lésions traumatiques guérissent chez les syphilitiques comme chez les sujets sains »; tantôt : « la syphilis exerce une certaine influence sur ces mêmes lésions. » Nous devons ajouter toutefois que, comme dans la discussion qui eut lieu entre Huguier, Cazenave et Ricord, les affirmations étaient toujours moins catégoriques que les négations. Or, il est d'observation journalière que :

1° La syphilis n'a pas la même intensité chez tous les individus, et par suite ne détermine pas chez tous des accidents analogues;

2° Elle n'attaque pas les mêmes tissus aux diverses périodes de son évolution;

3° Elle se modifie assez sous l'influence du traitement pour que le sujet infecté soit considéré comme sain pendant un temps variable.

1° *La syphilis n'a pas toujours la même gravité.* — On sait en effet que chez certains syphilitiques l'affection se borne à quelques symptômes secondaires qui ne se montrent que plusieurs mois après le chancre : roséole, plaques muqueuses aux parties génitales, à la gorge, à l'anus, et à quelques boutons à la peau ; puis, après un traitement de quelques semaines, tout disparaît, et ce n'est que nombre d'années plus tard que d'autres accidents se manifestent. L'exemple le plus frappant à cet égard est celui du blessé de l'observation LV, où la diathèse ne s'est réveillée qu'au bout de soixante-sept ans. Chez d'autres, au contraire, les accidents secondaires sont très rapprochés du chancre ; quatre ou cinq semaines au plus après celui-ci survient la roséole, puis plusieurs poussées successives de plaques muqueuses qui, malgré le traitement le plus énergique et le mieux suivi, sont très tenaces (Voy. obs. LXV); les os ne tardent pas à être attaqués; la terrible maladie évolue en trois ou quatre ans, et quelquefois le malade succombe en état de cachexie. Bref, de même qu'il y a plusieurs degrés dans la gravité de la fièvre typhoïde, de la variole, etc., on admet pour la syphilis une *forme bénigne* et une *forme maligne*. Que deviendra une plaie faite sur un individu appartenant à l'une ou à l'autre de ces catégories ? Il y a gros à parier que chez le premier la syphilis restera latente lorsqu'il se blessera, tandis que chez l'autre elle donnera à la lésion une allure particulière.

2° *La syphilis n'attaque pas les mêmes tissus aux diverses périodes de son évolution.* — On sait aussi que la syphilis constitutionnelle, à la période secondaire, n'attaque guère que la peau et les muqueuses, et à la période tertiaire, les viscères et les os : elle est superficielle pendant un certain temps, et ce n'est que plus tard qu'elle se porte sur les tissus profonds. Si donc une opération ou une lésion traumatiqne quelconque guérit bien chez un individu porteur d'un chancre et avant toute manifestation de syphilis constitutionnelle[1], si une fracture suit une marche régulière chez un autre qui n'aura que des accidents secondaires, il me paraît peu logique d'en conclure que la plaie des téguments guérirait aussi bien si l'individu avait des accidents secondaires, et que la fracture se consoliderait régulièrement, s'il avait des gommes du tissu cellulaire ou du périoste[2].

3° *La syphilis se modifie assez sous l'influence du traitement pour que le sujet infecté puisse être considéré comme sain pendant un temps variable.* — A ce point de vue, l'influence du mercure ou de l'iodure de potassium sur la syphilis ne peut mieux se comparer qu'à celle du vaccin sur la variole, ou du sulfate de quinine sur la fièvre intermittente. *Il blanchit* le malade, suivant l'expression consacrée, il ne le guérit pas. En d'autres termes, il y a dans la vie d'un syphilitique, dès que son affection est passée à l'état constitutionnel, sous l'influence du traitement, des alternatives de repos et d'activité : ces alternatives forment des périodes dont la durée ne peut s'évaluer en mois ou années, mais que l'on peut néanmoins facilement concevoir[3].

Dans une première période, avant tout traitement, l'action de la syphilis est dans toute sa force; au bout d'un certain temps on administre le mercure, et il arrive un moment où le malade est momentanément guéri : *il n'y a plus de manifestations.* Mais entre ces deux phases différentes, on peut admettre une période

1. Nous laissons de côté, bien entendu, les cas de plaies au voisinage des manifestations syphilitiques inoculables (chancres, plaques muqueuses, etc.). Nous ne voulons parler ici que des manifestations sans inoculation.

2. On pourra nous objecter qu'il y a des périostoses précoces qui surviennent dans la période secondaire de la syphilis. Nous le savons, mais ces cas sont assez rares (Voy. Ch. Mauriac, *Mém. sur les aff. syph. précoces du système osseux*, in *Gaz. des hôp.*, 1872). Nous reconnaissons du reste que nos opinions ne sont encore que des hypothèses pour la plupart, mais nous espérons qu'on nous tiendra compte des efforts que nous faisons pour jeter quelque lumière sur une question si peu étudiée jusqu'alors.

de transition pendant laquelle la syphilis subit peu à peu l'influence du mercure; au début du traitement, pour employer une expression qui nous paraît assez juste, elle était la plus lourde dans la balance; peu à peu son plateau monte, et à un moment donné l'équilibre existe entre le poison et le contrepoison; mais l'action du mercure continuant, il arrive un instant où la syphilis semble complètement éteinte, et où les manifestations disparaissent. Cet état de somnolence de la diathèse dure plus ou moins longtemps suivant les individus, il peut même persister pendant tout le reste de la vie. Mais chez les sujets qui ont des récidives fréquentes et rebelles, et chez qui toute la série des manifestations de la syphilis se déroule, celle-ci, au bout d'un certain temps, voit son plateau descendre, pour continuer la comparaison de la balance; l'équilibre entre la maladie et le mercure cesse d'exister, et les accidents reparaissent. Et cette fois encore, entre la période de repos et celle du réveil, il y a une phase intermédiaire de durée variable et pendant laquelle la syphilis reste cependant latente.

En résumé, nous trouvons cliniquement dans la syphilis constitutionnelle des périodes d'activité, des périodes de repos complet, et des périodes de transition; dans ces dernières, l'action du virus est à la vérité suffisamment neutralisée pour ne pas donner lieu à des accidents spontanés, mais elle ne l'est plus assez pour ne pas se manifester dès que l'organisme sera affaibli en quelque point par une cause quelconque.

Appliquons ces données au syphilitique qui se blesse.

1° *La syphilis est en pleine éruption.* — Deux cas se présentent alors : l'éruption est terminée, ou bien elle est seulement en train de se faire [1]. Dans le premier cas, le virus s'étant donné libre carrière, respectera probablement la lésion traumatique; ainsi peuvent s'expliquer les faits qui ont paru si extraordinaires à Lucien Boyer, les saignées, les applications de sangsues, l'excision d'amygdales hypertrophiées, à côté d'ulcérations secondaires, sans que les plaies aient revêtu l'aspect spécifique. Dans le second, la plaie servira comme de soupape au virus et celui-ci laissera des traces de son

1. M. Düsterhoff, et après lui M. Bénicy, dont la thèse du doctorat (1879) n'est en majeure partie que le résumé du travail allemand, se demandent à quel signe on reconnaîtra qu'une éruption syphilitique est terminée, ou qu'elle est seulement en train de se faire (Dürsterhoff, p. 902, Bénicy, p. 18).

L'éruption syphilitique suit, je crois, les mêmes phases que toutes les éruptions cutanées, — une période de croissance, une période d'état et une période de régression. Elle est en train de se faire dans les deux premières périodes; elle est terminée quand la réparation des lésions cutanées est achevée.

passage sur les tissus blessés, il en fera une syphilide; et dans ce cas, pour employer l'expression de M. Ricord, le vénérien est une outre virulente qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus.

2° *La syphilis est complètement neutralisée*, ses manifestations n'ont pas reparu depuis un certain temps; la plaie se comportera alors comme une plaie simple.

3° *La syphilis est dans une période de transition*, et à une époque assez rapprochée des périodes d'éruption; le malade est en *imminence morbide*, alors la lésion suivra en général la marche d'une syphilide, et nous verrons :

1° Le traumatisme provoquer une manifestation syphilitique;

2° Une plaie accidentelle ou opératoire prendre l'aspect syphilitique ou ne guérir que lentement;

3° Une fracture se produire sous l'influence d'un léger effort;

4° Une fracture ne pas se consolider, analogue en cela à la plaie cutanée qui ne se ferme pas.

Bien loin, comme on le voit, d'admettre que la syphilis imprime à toutes les lésions traumatiques un cachet particulier, nous ferons encore d'autres restrictions.

Dans certains cas, la plaie guérit très bien, lors même que le sujet se trouve dans les conditions les plus favorables à l'apparition d'une production spécifique. — D'autres fois, la plaie guérit lentement, mais cependant guérit. — Enfin, la plaie, qui dans les premiers temps avait suivi une marche régulière, se couvre un jour, sans qu'on ait rien changé au pansement, de bourgeons blafards et tuméfiés, le pus devient séreux, sanieux, la cicatrice s'arrête; puis ses bords s'ulcèrent et s'entourent d'une petite zone rougeâtre; la plaie, en un mot, est devenue syphilide.

Nous laissons à d'autres le soin d'expliquer le fait, mais il est certain qu'une plaie prend parfois un caractère spécifique à une période déjà avancée de la cicatrisation, ainsi que Ledran et Boyer l'avaient vu autrefois.

Dernière remarque : lorsque la cachexie syphilitique est bien établie, les choses prennent une toute autre tournure; les plaies ne revêtent plus l'aspect spécifique, mais ne marchent que lentement vers la guérison, comme si le baume de nature, dont parle Saviard, était épuisé. Alors le traitement spécifique ne convient plus; il faut le remplacer par le traitement tonique et réparateur.

Ce que dit Baumès [1] des vieux ulcères syphilitiques qui ne gué-

1. *Précis théorique et pratique des maladies vénériennes*, 1840, 1re partie,

rissent pas peut s'appliquer tout aussi bien à ce genre de plaies, qu'on est obligé de traiter comme de véritables ulcères.

[Düsterhoff pense que les différences que l'on observe dans les rapports réciproques de la syphilis et des blessures dépendent encore d'autres causes.

Si, dit-il, on analyse les observations où la syphilis exerce une influence fâcheuse sur les plaies, on y trouvera rarement qu'il s'agit d'individus d'une constitution robuste. On pourrait objecter que la syphilis mine par elle-même suffisamment l'économie, ce qui n'est pourtant pas toujours le cas. On trouve assez souvent des sujets affectés d'ulcères à la gorge, d'éruptions de la peau et même d'affections osseuses, avec un aspect général très satisfaisant. Chez ces malades, le sang n'est pas si altéré que la faculté vitale des tissus soit abolie. Le traitement qu'on administre a une grande importance sur la marche de la plaie. Si le blessé reste longtemps sur le champ de bataille, si les plaies sont irritées par des hémorragies, des transports fréquents, la guérison traînera nécessairement en longueur. Si parmi ces blessés il y a des syphilitiques, on est facilement porté à attribuer cette évolution défavorable à l'empoisonnement par le virus. Très souvent même on cherche la cause dans une syphilis latente; l'observation suivante en fournira la preuve.

Obs. V. — En janvier 1871 j'avais à traiter au Mans un officier prussien atteint d'une balle à la cuisse droite : la plaie avait 10 centimètres, occupait le tiers supérieur de la cuisse, n'entrait point en voie de guérison et sécrétait un liquide diffluent de mauvais aspect malgré un pansement avec une solution d'acide phénique à 2 pour 100. Le malade m'avoua qu'il avait eu, quelques années auparavant, des accidents secondaires.

L'examen ne montra aucune trace de vérole, néanmoins je prescrivis l'iodure de potassium. Le hasard me fit savoir un jour que mon malade, qui logeait chez un marquis très riche, absorbait journellement cinq bouteilles de différents vins. Après lui en avoir défendu l'usage, la plaie entra rapidement en voie de guérison.

Zeissl (*loc. cit.*) est convaincu que l'irritation locale joue un grand rôle dans la localisation des accidents syphilitiques. Bäumler[1] cite

p. 154 et suivantes. — Voy. aussi M. Raynaud, art. Cachexie du dict. de la cond, t. VI, p. 32.

[1] Dans Ziemssen's *Hand. der spec. Path. und Ther.*, 2e édit., 1876, p. 2[illegible]

as d'un malade chez lequel la manifestation de la syphilis locale ut lieu sur une plaie presque cicatrisée.

Obs. VI. — Un jeune homme eut à la jambe droite, à la suite 'une contusion du tibia, une plaie qui guérit par le pansement mple. Mais peu de jours après elle se rouvrit, s'étendit et prit le ractère serpigineux, en même temps que le malade était atteint de phalalgie violente accompagnée de chute des cheveux. L'inoulation du virus avait probablement eu lieu neuf ou dix mois auparavant par l'index gauche, qui fut affecté de suppuration de la partie nguéale, de gonflement indolent et d'adénopathie cubitale et axilire. Guérison par l'iodure de potassium.

Neudörfer (*loc. cit.*) se demande si la suppuration des plaies a ne influence curative sur la syphilis. D'après son expérience personlle il conclut que ce n'est pas la suppuration qui amène la disparion de la syphilis, mais l'influence favorable du temps, le repos, tranquillité, les soins locaux et généraux. Cependant il cite des s où la syphilis cutanée chez des blessés par armes à feu disparut ême avant la guérison des blessures et sans aucun traitement spélque. Il a vu aussi, chez des syphilitiques, sans blessures, les nptômes disparaître sans traitement spécifique. On ne doit point conclure, d'après lui, que si ces malades avaient été blessés, la hilis aurait guéri plus vite sans aucun traitement.

Sans vouloir contredire l'opinion de Neudörfer, je puis dire que fluence de la suppuration et de la fièvre chez les blessés peut être s favorable à la disparition des manifestations syphilitiques que repos et les soins assidus par la méthode expectative chez les hilitiques sans blessures. Les observations de Stromeyer parlent s ce sens ; il a vu chez des blessés syphilitiques les plaies guérir s grande réaction, mais les symptômes de la syphilis reparaître ès la cicatrisation. Dans la plupart de ces cas l'éruption syphilie revient.

uant à la question de savoir si la syphilis disparaît complètement emporairement, cela peut bien dépendre de la durée de la fièvre es changements qu'elle apporte dans les humeurs.]

près ce que nous venons de dire, il nous est facile de diviser sujet et de classer les observations que nous avons recueillies nos lectures ou pendant notre séjour dans les hôpitaux. Quoidéjà nombreuses, elles pourront paraître insuffisantes pour ier nos conclusions, mais si elles peuvent attirer l'attention

des observateurs et des praticiens, c'est grâce à la méthode bibliographique et historique qui, en nous permettant de rassembler non seulement des assertions, mais aussi des faits, décuple les richesses de la science moderne.

Nous étudierons l'action de la syphilis sur les plaies accidentelles et opératoires; puis nous examinerons l'influence des lésions traumatiques sur la syphilis, et enfin les rapports de la syphilis avec les complications des plaies.

INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LES LÉSIONS TRAUMATIQUES

La syphilis n'agit pas toujours de la même manière sur les lésions traumatiques. On observe, en effet, les variétés suivantes :

1° Les plaies prennent l'aspect syphilitique, soit d'emblée, ou du moins dans les premiers jours qui suivent la blessure, — soit plusieurs semaines après seulement;

2° La plaie, sans prendre un aspect spécifique bien caractérisé, s'ulcère, s'étend en superficie et en profondeur, et ne guérit pas;

3° La plaie, sans s'ulcérer, ne guérit pas ou ne guérit que très lentement, — ou si c'est une plaie opératoire où l'on cherche la réunion par première intention (autoplastie), cette réunion échoue;

4° Une plaie minime, qui ordinairement se cicatrise rapidement et sans accident, s'enflamme et suppure.

§ 1. — Observations dans lesquelles les plaies ont revêtu l'aspect syphilitique d'emblée.

A. — *Le sujet avait encore des manifestations de la syphilis au moment de la blessure.*

Obs. VII. — Fille de dix-sept ans, de constitution robuste; chancre de la petite lèvre droite avec adénite inguinale multiple et indolente; traitement local seul; chancre guéri au bout de quinze jours.

Deux mois après, la malade, restée à l'hôpital à cause d'une affection utérine, présenta une syphilide papuleuse très confluente et généralisée; frictions mercurielles. Le quarantième jour de traitement, alors que l'éruption papuleuse avait presque disparu, une blessure à l'index, pansée avec du cérat, se recouvre de fausses

membranes et le périoste de la première phalange commence à s'exfolier; désarticulation de la phalangette. La plaie nouvelle ne tarde pas, comme la première, à prendre tous les caractères d'une plaie syphilitique (bords saillants, de couleur rouge sombre, etc.). Tous les moyens ordinaires ayant échoué, on soumit la malade à l'iodure de potassium, et trente-cinq jours après elle sortait guérie [1].

Obs. VIII. — G. S... est affecté depuis un an, à des intervalles plus ou moins éloignés, de plaques muqueuses de la bouche; en outre, syphilide squameuse à la paume des mains et à la plante des pieds. Il est piqué par un cousin au dos de la main gauche, et la légère plaie prend, en peu de jours, l'aspect d'un ulcère syphilitique. On fit en vain plusieurs cautérisations. Le traitement antisyphilitique seul amena la cicatrisation (*eod. loc.*).

Obs. IX. — Jeune fille entrée à l'hôpital Saint-Louis, service de ...zin, pour des plaques muqueuses et la gale; toutes les lésions de peau provoquées par la présence de l'acarus ont pris un cachet syphilitique [2].

« Les éruptions ordinaires, les écorchures, etc., dit encore Schweich, s'entourent d'un liséré rouge cuivré, tout à fait caractéristique, et la démangeaison qui existait auparavant disparaît complètement. »

Obs. X. — X..., vingt-six ans, fortement constitué, atteint d'ulcères syphilitiques secondaires. Des désordres locaux graves obligèrent le sieur Urich à pratiquer la trachéotomie.

Quelques jours après l'opération, la plaie prit, à sa partie inférieure, un mauvais aspect. Les bords devinrent rugueux, irréguliers, et assez semblables à un ulcère chancreux, tandis que la partie supérieure avait conservé une apparence satisfaisante.

Une différence aussi marquée dans les deux moitiés de la même plaie appela toute l'attention de l'opérateur, qui fut longtemps à en chercher l'explication. Cependant elle était simple et résidait dans le fait que, par suite des mouvements incessants de l'opéré, l'appareil descendait fréquemment sur la partie inférieure de la plaie,

1. *De l'influence de la syphilis constitutionnelle sur les lésions traumatiques*, le Dr Carlo Ambrosoli. *Gazetta medica italiana* (Lombardia) et *Gazette médicale* de Paris, 1865, p. 824.
2. Schweich, *Etude sur la classif. des syphilides*, Thèse de Paris, 1869, p. 33.

y déterminait des frottements, et par suite une forte irritation. D'un autre côté, comme le malade était syphilitique, cette région irritée avait pris le caractère spécifique (Thoman, *loc. cit*).

Les malades des observations précédentes étaient tous dans la période secondaire quand ils se sont blessés, et tous avaient des manifestations syphilitiques au moment de la blessure. En outre, la syphilis n'avait pas été soignée dans le premier cas, et dans les observations VIII et X les malades étaient atteints de syphilis grave, puisque G. S... (Obs. VIII) avait eu plusieurs poussées successives de plaques muqueuses, et que le malade du docteur Urich (Obs. X) dut subir la trachéotomie par suite de la violence des accidents laryngiens. La malade de l'observation IX avait-elle suivi un traitement; on ne le dit pas, mais comme elle avait des plaques muqueuses à son entrée à l'hôpital, il est probable que le traitement n'avait pas eu beaucoup de succès.

De ces faits nous pouvons conclure que :

1° Chez les sujets atteints de syphilis grave, les lésions traumatiques peuvent prendre l'aspect syphilitique.

2° La même complication peut se manifester chez les syphilitiques, à la période secondaire, alors qu'ils n'ont pas suivi de traitement.

3° Le traitement spécifique fait disparaître le caractère anormal de la lésion traumatique, en même temps que les accidents de la syphilis.

B. — *Le sujet n'a plus de manifestation syphilitique au moment de la blessure.*

Obs. XI. — *Plaies multiples chez un syphilitique. — Aspect spécifique des plaies.* — T. Jean-Baptiste, vingt-huit ans, garçon de café, entre à Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 4, le 4 juin 1870.

Cet homme présente : sur la face dorsale des mains, des ulcérations recouvertes de croûtes très épaisses, arrondies, de la grandeur d'une pièce d'un franc, ayant la plus grande analogie avec le rupia syphilitique; — au mollet gauche, ulcération de même nature; — à la base du gland, deux ulcérations, taillées à pic, à fond végétant, comme soulevé, de couleur jambon, qui se continuent dans les parties voisines en devenant peu à peu rouges, *indurées* à la base; — dans l'aine, un ganglion dur, indolent, roulant sous la peau; —

sur la peau de la verge, une cicatrice très apparente de chancre induré.

Le malade rapporte en outre qu'il a eu près du filet, il y a dix ans, un chancre qui, traité par des applications de pommade au calomel, aurait guéri. Les traces de ce chancre sont masquées par les ulcérations actuelles. Puis serait survenue une éruption de taches rouges sur la poitrine, ce qu'on ne peut encore contrôler, car le malade a la poitrine et les épaules recouvertes d'acné. A peu près à cette époque, il aurait perdu ses cheveux. Mais cette alopécie peut n'avoir rien de caractéristique, le père du sujet ayant été chauve de bonne heure.

Tous ces accidents n'ont pas la même origine.

Les ulcérations des mains sont survenues après des coups l'ongles administrés par une femme qui, au dire du malade, était aine. De ces coups d'ongles sont résultées de petites plaies, qui se ont recouvertes d'une croûte, à la chute desquelles ont apparu es ulcérations actuelles. Les coups d'ongle remontent à six se-naines.

Les ulcérations du mollet sont survenues, il y a quatre mois, à a suite d'une morsure par une femme; pas de plaie, mais ecchy-ose, qui disparaît peu à peu. A la place, un petit bouton qui s'ul-ère, et autour duquel en apparaissent d'autres qui suivent la même arche. Les ulcérations de la main et du mollet se recouvrent de roûtes, mais aucune tendance à la cicatrisation.

Au gland, les ulcérations datant d'un mois auraient pour origine ne contagion directe. Mais elles n'ont les caractères ni du chancre ou, ni du chancre induré; elles ont au contraire la plus grande alogie avec les ulcérations de la main et du mollet. On peut les anger dans la catégorie de ces dernières et les appeler « syphilides éniennes », forme rare de la syphilis.

Le ganglion de l'aine existe depuis dix-huit mois. Son début a oincidé avec l'apparition d'un écoulement blennorrhagique (?).

La cicatrice du fourreau de la verge, blanche, régulière, ovalaire, ouple, a dû être précédée d'un chancre infectant. Cependant le alade ne se doute même pas de sa présence et ne se souvient nul-ement d'avoir eu quelque chose en ce point.

Devant l'incertitude des renseignements fournis par le malade et e fondant sur l'aspect de la cicatrice du fourreau de la verge, sur a présence du ganglion inguinal, sur les caractères des ulcérations les mains et du mollet, on peut rétablir ainsi qu'il suit l'histoire de es accidents.

1° Chancre induré, dont on peut reporter la date à environ dix-huit mois, car les syphilides sont de celles que l'on observe dans l'année qui suit l'inoculation. En même temps ou un peu après, engorgement ganglionnaire. 2° Il y a quatre mois, alors que le malade était en pleine syphilis constitutionnelle, blessures qui prennent l'aspect des syphilides. 3° Il y a six semaines, nouveaux traumas, nouvelles syphilides. 4° Il y a un mois, rapprochement sexuel suivi d'écorchure de la verge qui prend les caractères des syphilides. L'aspect fongueux de ces dernières pourrait faire hésiter entre : *syphilide* et *chancre mou*. L'inoculation, tentée sur la peau de l'abdomen, reste négative.

Si le diagnostic est exact, il sera confirmé par le traitement. Or, les accidents que nous observons appartiennent à une période intermédiaire entre la période secondaire et la période tertiaire. — Le traitement mixte réussissant le mieux alors, on donne une pilule de protoiodure de mercure le matin, et 1 gramme d'iodure de potassium le soir.

14 juin. — Quelques-unes des ulcérations des mains sont cicatrisées; celles du mollet et de la verge sont très notablement améliorées.

21 juin. — Les ulcérations des mains et de la verge sont complètement cicatrisées, ainsi que les petites du mollet. Les trois plus grandes marchent assez rapidement.

26 juin. — Toutes les ulcérations sont cicatrisées. Il ne reste à la place qu'une cicatrice violette, un peu rouge encore au mollet; on recommande au malade de continuer son traitement chez lui.

Obs. XII. — Huguier opéra un malade d'une hernie étranglée. La plaie prit l'aspect d'un ulcère syphilitique qui céda à un traitement convenable[1].

Obs. XIII. — *Piqûre de sangsue. — Chancre (?) — Éruption de syphilides consécutive à l'application du tartre stibié sur la peau*[2].

Homme de trente ans. Antécédents vénériens. Orchite à la suite d'un faux pas; sangsues. Une des sangsues appliquées sur le testicule se détache et fait une nouvelle morsure sur le dos de la verge; il en résulte une petite croûte qui se forme pour tomber aussi, et ainsi de suite pendant six semaines environ. A cette époque, cette plaie était

1. *Bull. Soc. Chirur.*, 1851, 1re série, t. II, p. 52.
2. Cazenave, *Annales des maladies de peau et de la syphilis*, t. 1, p. 57.

devenue un chancre phagédénique de 3 centimètres environ de longueur sur 2 de largeur et 8 à 10 millimètres de profondeur.

Traitement antisyphilitique irrégulier ; peu d'efficacité. Syphilides quelques mois après sur divers points du corps, déterminées par des applications de tartre stibié sur la peau. Ulcération de la pituitaire.

Traitement d'abord par l'iodure de potassium pendant un mois, puis par le mercure pendant trois semaines ; guérison.

Nous voyons là une piqûre de sangsue donner lieu à un accident syphilitique, qui n'est pas un chancre, évidemment, si nous en jugeons par la marche de l'ulcération. Nous remarquerons aussi, en passant, cette éruption de syphilides provoquée par une application irritante sur la peau.

Obs. XIV. — Une femme de chambre ayant eu à la suite d'une ulcération syphilitique une perforation du voile du palais, paraissait du reste parfaitement guérie de la syphilis, lorsque Blasius pratiqua la réunion de la perte de substance. Au lieu de la guérison, une nouvelle ulcération syphilitique se forma au niveau de la plaie[1].

Obs. XV. — En 1872, madame X..., quarante-six ans, d'une bonne santé apparente et robuste, glisse et tombe dans une fenêtre ; son bras droit passe à travers un carreau, dont un fragment fait à la partie antérieure et externe de l'avant-bras une profonde entaille d'au moins 15 centimètres de long.

Madame X..., enthousiaste de la *Médecine Raspail*, panse la plaie avec toutes les préparations camphrées en usage, pommade, eau-de-vie, huile, etc. Au bout d'un mois, ne voyant pas de tendance à la guérison, elle se décida à faire venir un médecin.

Celui-ci examina la plaie dont l'aspect ulcéreux, le fond pultacé, grisâtre, les bords violacés, livides, irréguliers et entourés d'une rougeur cuivrée le frappèrent tellement qu'il ne put s'empêcher de dire à la malade : « Mais, madame, vous avez eu la vérole. »

Après bien des dénégations, celle-ci pressée de questions finit par avouer qu'à vingt et un ans elle avait eu une maladie vénérienne pour laquelle elle avait passé six mois à Lourcine, et avait pris des

1. Blasius, *Beitræge zur praktischen Chirurgie*. Berlin, 1848, p. 139. — Nous avons connaissance de deux cas tout à fait semblables, l'un tiré de notre propre pratique, dont on trouvera l'analyse plus loin, l'autre observé par l'un de nos collègues les plus distingués comme chirurgien et comme opérateur. — A. V. 1867.

pilules pendant ce temps. Elle en était sortie parfaitement guérie et depuis n'avait jamais eu d'accidents. On pansa la plaie d'abord avec des cataplasmes, puis avec de la charpie alcoolisée, et on fit reprendre à madame X..., le traitement mercuriel.

La plaie guérit lentement, en trois ou quatre mois; la malade conserva une rétraction des fléchisseurs qui n'avait pas disparu après un an.

Obs. XVI. — Enfant né d'un père syphilitique. Pemphigus syphilitique à la naissance. Bains de sublimé et liqueur de van Swieten. Guérison à quatre ans. Coqueluche suivie d'une pneumonie double qui au bout de quelque temps revêt le caractère chronique. La durée de la maladie est de vingt-huit jours. Au bout de ce temps, un large vésicatoire volant est appliqué sur la poitrine. Mais après vingt-quatre heures, ce vésicatoire se transforme en une énorme plaque muqueuse des plus caractéristiques, dont le diagnostic est confirmé par deux médecins des hôpitaux. Malgré le traitement antisyphilitique, l'enfant succombe huit jours après.

Il est probable que dans ce cas il y a eu une syphilis viscérale et que c'est à cette maladie que l'enfant a succombé. Pas d'autopsie [1].

Obs. XVII. — *Plaie contuse du pied. — Syphilis antérieure. — Aspect syphilitique de la plaie.*

Louis Hartmann, vingt-sept ans, soldat au 124e de ligne, entre le 4 février 1871 à l'ambulance des Magasins-Réunis.

Cet homme a reçu le 20 janvier un coup de crosse sur la face dorsale du pied droit. Plaie contuse qui se recouvre d'une croûte les jours suivants. La croûte tombe et à la place apparaît une ulcération de la dimension d'une pièce de cinq francs. La plaie n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, le blessé entre à l'ambulance.

La plaie est alors assez irrégulière; ses bords sont décollés, de couleur cuivrée; le fond est bourgeonnant, peu de suppuration du reste.

Çà et là, sur les jambes, cicatrices de dimensions différentes, peu profondes, d'un brun jaunâtre et provenant de petits *boutons grattés*; elles sont d'âges différents, quelques-unes paraissent très récentes.

1. Charpentier, *in* Thèse de Bricard, 1871, n° 215, p. 13.

L'aspect particulier de la plaie et de ces cicatrices attire l'attention de M. Verneuil, qui pense à la syphilis, et interrogeant le malade, apprend que celui-ci a eu un chancre il y a un an. Les traces encore visibles ne laissent aucun doute sur la nature spécifique de l'accident primitif.

Le traitement antisyphilitique est institué: pilules de proto-iodure de mercure à l'intérieur et pansement local avec l'emplâtre de Vigo. La cicatrisation prend alors une marche régulière. Le 20 février, au moment où nous avons quitté l'ambulance des Magasins-Réunis, la plaie a diminué des trois quarts. Nous avons ensuite appris la guérison rapide et complète du malade.

Obs. XVIII. — Le François, vingt-six ans, 28 septembre 1870. Fracture des deux os de l'avant-bras par une balle qui l'a traversé dans le sens de sa largeur. Gonflement et suppuration considérables des plaies. Attelles en zinc; cataplasmes émollients; injections d'eau phéniquée.

Le 6 octobre, extraction de plusieurs esquilles. La suppuration diminua insensiblement. La plaie antérieure prit un aspect chancreux. Le blessé raconta qu'il avait eu en 1865 une syphilis caractérisée. Traitement approprié : iodure de potassium, 10 grammes; calomel 2 centigrammes; eau distillée, 180 grammes; une cuillerée à bouche matin et soir. Tisanes dépuratives. Régime tonique. Pansement de la plaie avec un onguent composé de : guimauve, 30 grammes; oxyde rouge de mercure, 1 gramme; extrait d'opium, 2 grammes; poudre de camphre, 5 grammes. Sous l'influence de ce traitement, la plaie guérit vite. Guérison complète au bout de deux mois[1].

Obs. XIX. — *Plaie contuse chez un syphilitique. — Traitement de la syphilis antérieure presque nul. — Aspect gommeux de la plaie. — Traitement interne et externe. — Guérison rapide.*

Jazé Louis, vingt-quatre ans, entre le 22 avril 1876 à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 28, pour une ulcération rebelle de la partie inférieure de la jambe droite.

Cette ulcération, de 6 centimètres environ de diamètre, siège au niveau et en arrière de la malléole; elle a tout à fait les caractères d'une gomme ulcérée : bords rouges, violacés, décollés, déchiquetés,

1. Henry van Holsbeck, *Souvenirs de la guerre franco-allemande*, 2e éd. Bruxelles, 1872, p. 33.

fond grisâtre, pultacé; suppuration abondante et sanieuse; la plaie, très profonde, va presque jusqu'à l'os.

Cet homme contracta la syphilis en août 1874; il eut un chancre qui se cicatrisa presque sans traitement. Quelques mois après, éruption de boutons à la peau; traitement mercuriel qui fut interrompu définitivement après une quinzaine de jours par suite de l'apparition d'une stomatite.

Un an après, en septembre 1875, la chute de plusieurs pains de sucre fit une plaie contuse sur la face externe du pied, mais en particulier sur le point le plus saillant, la malléole externe. Les écorchures du pied guérirent assez rapidement, mais la partie la plus sérieusement atteinte se couvrit de bourgeons qui peu à peu prirent mauvais aspect. La plaie se creusa, ses bords s'ulcérèrent peu à peu, ce qui motiva l'entrée du malade à l'hôpital.

Les ganglions inguinaux et cervicaux sont engorgés des deux côtés.

Rougeur vive du pharynx avec quelques ulcérations.

Traitement mixte. — Pansement de la plaie avec le sparadrap de Vigo.

12 mai 1876. — Plaie diminuée des trois quarts en étendue et en profondeur, mais conservant encore l'aspect gommeux.

Les malades dont nous venons de rapporter l'histoire se trouvaient probablement tous à une époque éloignée de l'accident primitif.

Chez la malade de l'observation XV cela est certain; il s'était écoulé en effet vingt-cinq ans entre les accidents primitifs et la lésion qui a pris l'aspect d'un ulcère syphilitique.

Dans les observations XVII et XIX, un an s'était écoulé entre l'accident primitif et le réveil de la diathèse, et cinq ans dans l'observation XVIII.

Pour les autres malades, nous n'avons pas de renseignements suffisants, et même pour ceux des observations XI, XII et XIII, il a fallu toute la spécificité des ulcérations et le succès de la médication antisyphilitique pour qu'on ait pu affirmer que les sujets avaient bien la vérole.

Chez les uns, le traitement spécifique avait été mal suivi (Obs. XI, XIII, XIX) ou il s'était écoulé une longue période entre ce traitement et l'accident (Obs. XV); pour les autres nous n'avons pas de renseignements. Il est donc probable que l'insuffisance du traitement dans le premier cas et la cessation de so[illegible]ficacité dans les autres [illegible] été la cause du réveil de la diathè[illegible]

Donc : 1° Une lésion traumatique chez un syphilitique peut prendre le caractère spécifique;

2° L'insuffisance du traitement en est la cause.

3° Le traitement spécifique seul amène alors la cicatrisation de la plaie.

§ 2. — La plaie prend l'aspect spécifique à une période déjà avancée de la cicatrisation.

Obs. XX. — *Fracture de l'humérus à son tiers supérieur par coup de feu. — Débridement des plaies d'entrée et de sortie. — Extraction de nombreuses esquilles.* — Le membre est mis dans un appareil. — Commencement de cicatrisation.

Le 30 mars (deux mois après l'accident), il ne reste plus que deux plaies, une en avant et une autre en arrière, mais la cicatrisation marche lentement. On applique trois attelles sur le bras, le membre est placé dans une écharpe, et le malade commence à se lever.

Le 5 avril et les jours suivants, la plaie antérieure change d'aspect, le fond se creuse, les bords se renversent et prennent une teinte violacée. Les symptômes fournis par cet ulcère et les commémoratifs font découvrir une syphilis ancienne. A dater du 8, les frictions de pommade mercurielle sont employées, et les ulcérations se cicatrisent.

Vers la fin de juillet, six mois après la blessure, le malade sort guéri : le bras droit est raccourci de deux pouces. Les fragments de l'humérus se touchent sans être soudés [1].

Obs. XXI. — X..., entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service de Jobert, pour une fracture comminutive des deux os de la jambe droite, avec plaie siégeant au niveau de la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen. On peut à force de soins éviter l'amputation et obtenir la consolidation; mais il reste une petite plaie rebelle, de la largeur d'une pièce de cinq sous. Le malade sortit sous prétexte d'aller se remettre à la campagne, mais il revint au bout de quelque temps après avoir fait des excès en tous genres; la plaie était alors étendue comme une pièce de cinq francs, à fond grisâtre,

1. Blanpain, *Thèse de Paris*, 1822, n° 169, p. 74.

à bords taillés à pic, et présentait enfin tous les caractères d'une ulcération syphilitique[1].

Ce fut alors que les questions adressées au malade firent découvrir qu'il avait présenté une année auparavant des symptômes primitifs pour lesquels il avait été régulièrement traité. On eut alors recours à l'emploi du proto-iodure de mercure et le malade sortit guéri.

Obs. XXII. — Homme de vingt-sept ans. Plaie de la main par arme à feu. L'ouverture de sortie guérit après l'issue de quelques esquilles. Tout à coup l'ouverture d'entrée se revêt de bourgeons qui prennent un aspect syphilitique.

L'interrogation du malade révèle une infection antérieure. — Frictions mercurielles durant quinze jours. Guérison[2].

Ce paragraphe peut être considéré comme la suite du précédent. En effet, dans nos observations, les malades n'avaient pas de manifestations syphilitiques au moment où ils ont été blessés, et leur plaie a pris néanmoins un cachet spécifique, mais à une période déjà avancée de la cicatrisation, deux mois dans l'observation XX, un temps pouvant être évalué à plusieurs mois dans les observations XXI et XXII, puisque dans l'observation XXI le malade avait eu une fracture comminutive qui était guérie, sauf la plaie restée fistuleuse qui a pris l'aspect syphilitique, et que dans l'observation XXII l'ouverture de sortie d'une plaie d'arme à feu était guérie après l'issue de nombreuses esquilles lorsque la plaie d'entrée a changé d'aspect. Nous ferons remarquer que, dans ces cas, la lésion traumatique s'accompagnait de fracas des os; il est donc à présumer que l'étendue et la durée de ces lésions ont agi puissamment sur l'organisme des blessés, qui n'auraient pas eu probablement de manifestation avant longtemps sans l'accident qui est venu réveiller [illegible].

[illegible] — Chez un syphilitique, une plaie grave, suppu[illegible] longtemps, peut prendre à la longue l'aspect syphi[illegible]

[illegible] que sous l'influence du traitement antisyphili[illegible]

1. [illegible] syphilis, p. 537.
2. [illegible] la syphilis sur les plaies (Arch. gén. de méd., 18[illegible]

3. — Plaies qui s'ulcèrent et ne présentent aucune tendance à la cicatrisation.

Dans les quatre observations qui suivent, l'ulcération consécutive la plaie, sans avoir bien nettement l'aspect spécifique, n'offrit néanmoins aucune tendance à la guérison.

Comme dans les cas précédents, tantôt les malades avaient des manifestations syphilitiques au moment de la blessure, tantôt la syphilis était latente. Nous avons réuni dans un paragraphe particulier les cas dans lesquels l'ulcération avait eu pour point de départ l'ouverture d'une gomme, ouverture faite en général par suite d'une erreur de diagnostic d'autant plus explicable que la syphilis, d'ailleurs niée par le malade, était latente au moment de l'opération.

Dans tous les cas, sauf ceux de Pelletan, où les malades n'ont été qu'améliorés, le traitement spécifique a été suivi de la guérison des manifestations syphilitiques.

A. — *Observations dans lesquelles le malade avait des manifestations syphilitiques au moment de la blessure.*

Obs. XXIII[1]. — M. J. P..., vingt-sept ans; en 1858, chancres suivis d'accidents constitutionnels (taches cuivrées, plaques muqueuses dans la bouche, maux de gorge, etc.). Sous l'influence d'un traitement mercuriel régulièrement suivi et longtemps continué, ces accidents disparurent. Au mois d'août 1862, tubercules cutanés en divers points du corps; au talon gauche, petite ampoule résultant de la pression d'un soulier mal fait et suivie d'un ulcère douloureux, qui à plusieurs reprises s'enflamma, se recouvrit de fausses membranes, et s'entoura de larges vésicules. Pendant près d'un mois les cataplasmes, le cérat, le vin aromatique, le diachylon, divers onguents, etc., quoique aidés d'un repos à peu près absolu, restèrent complètement inefficaces; l'ulcère allait un peu mieux pendant un jour ou deux, puis sans cause connue les accidents reparaissaient.

Le 4 octobre, traitement iodé; amélioration tellement rapide que le 12, c'est-à-dire huit jours après le début du traitement, la cicatrisation était complète et définitive.

1. Guillemin, *Gaz. hebd.*, 1863, p. 472.

Les tubercules cutanés ne disparurent qu'un peu plus tard ; la solution iodée[1] fut renouvelée et le traitement continué jusqu'au 3 novembre.

Le 23 novembre, petite écorchure à l'index ; nouvelle ulcération syphilitique ; divers topiques restent sans résultat, l'ulcération s'étend et revêt l'aspect syphilitique ; on reprend le traitement spécifique. Guérison rapide.

Obs. XXIV. — *Déviation du gros orteil. — Frottements répétés sur le sommet de la partie saillante. — Syphilis antérieure. — Ulcération qui ne guérit que par le traitement mercuriel.*

Léon G... quarante-six ans, entre à Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 1 *bis*, le 6 janvier 1872.

Cet homme, d'une bonne constitution, a toujours eu, dit-il, au gros orteil du pied gauche, un oignon qui s'est ulcéré il y a deux ans par suite du frottement d'une chaussure trop étroite. Obligé à cette époque de quitter son travail pendant quarante jours, il s'est fait faire une chaussure spéciale et a repris ses occupations. Un mois après, l'ulcération était guérie.

En novembre 1871, l'ulcération reparaît sans cause connue. Le malade crut d'abord que le repos seul suffirait à le guérir, mais ne voyant pas de mieux, il se décida à entrer à l'hôpital.

On constate alors, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, une ulcération arrondie de la largeur d'une pièce de deux francs, d'un aspect gris sale, assez profonde, à bords réguliers, sans inflammation dans les tissus environnants. Sur les bras, petites excoriations isolées et discrètes couvertes de croûtes et semblables à des papules de prurigo grattées ; à la région dorsale, d'autres ulcérations beaucoup plus profondes et atteignant la largeur d'une pièce de cinquante centimes, sont couvertes de croûtes soulevées par du pus et sont le siège d'un prurit assez intense.

Pensant avoir affaire à un syphilitique, M. Verneuil interroge Léon et apprend qu'en effet il a eu au mois de juillet un chancre, et qu'on lui a fait suivre pendant trente jours un traitement par la salsepareille et des pilules dont il ne sait pas le nom. Actuellement, au pli de l'aine, pléiade ganglionnaire caractéristique.

[1] ...es raisons particulières, M. Guillemin a substitué dans sa prat... ...iode à l'iodure de potassium pour le traitement des maladies sy...

M. Verneuil pense que l'ulcération du pied est due aux frottements répétés sur un orteil mal conformé, et que la syphilis entrave la cicatrisation. Il ordonne un pansement aux bandelettes de sparadrap de Vigo, des pilules de proto-iodure de mercure, des pilules de Vallet et du quinquina.

Le 19 février la plaie est réduite à la largeur d'une tête d'épingle. Les ganglions sont toujours engorgés; les manifestations cutanées ont disparu. — Le malade sort.

B. — *Observations dans lesquelles le malade n'avait pas d'accidents spécifiques au moment de la blessure.*

Obs. XXV. — X..., soixante ans; ulcère indolent et de mauvais aspect, siégeant à l'épaule droite, durant depuis six mois et résultant de l'ouverture d'un abcès phlegmoneux survenu à la suite d'une chute sur cette partie. Inutilité des pansements; traitement spécifique; les chairs redevinrent belles. Succès complet[1].

Obs. XXVI. — *Syphilis latente. — Traumatisme. — Ulcération de la plaie.*

Jules L... vingt-trois ans, conducteur de chemins de fer, entre à Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 39, le 7 avril 1870.

Dans les premiers jours de janvier, chancre induré à la verge.

Environ un mois après, plaie contuse de la jambe. En quelques jours se forme un ulcère de la largeur de la paume de la main, sans aucune tendance à la cicatrisation. Ni varices ni scrofule.

Dès son entrée, le malade est traité par la liqueur de van Swieten. On panse l'ulcère avec des bandelettes de diachylon. L'ulcère se cicatrise peu à peu et le malade sort guéri, le 23 juin 1870.

C. — *Ouverture de tumeurs gommeuses.*

Dans presque tous les cas, l'ignorance des antécédents vénériens, les caractères du mal, analogues à ceux d'un abcès, ont porté les chirurgiens à traiter les gommes comme de simples tumeurs phlegmoneuses et à les ouvrir par le caustique ou par le bistouri. Ce ne fut qu'en voyant la marche insolite de ces abcès après leur ouverture : ulcération, décollement et lividité des bords, etc., qu'on fut

1. J.-A. Moreau, *De l'influence des diathèses en chirurgie*. Thèse de Paris, 1872, p. 27.

amené à rechercher la cause de ces phénomènes; une fois la syphilis dévoilée ou soupçonnée, on administra le traitement spécifique qui fit disparaître les accidents.

Obs. XXVII. — Pelletan[1] rapporte l'histoire d'une femme qui lui fut adressée par un de ses clients qu'il avait soigné pour une affection vénérienne et qui était depuis plusieurs années en intimité avec elle. Il est probable que la maladie de la dame était de la même nature que celle du client.

« En effet, dit-il, elle avait eu des tumeurs osseuses à toute la circonférence du front. On avait cru devoir ouvrir ces tumeurs avec la potasse caustique; il en était résulté des ulcères avec carie molle, et les tumeurs s'étaient encore multipliées.

» Je fus d'avis d'administrer du muriate de mercure suroxygéné; mais on préféra les frictions et le mal ne fit qu'empirer. La malade fut confiée à mes soins, et le premier emploi du remède proposé produisit une grande amélioration des ulcères, mais sans exfoliation des os. J'eus beau les perforer, les dessécher, rien n'avançait, et je n'avais gagné que sur la santé générale de la malade. On s'ennuya de mes soins : d'autres gens de l'art furent encore moins heureux, parce qu'ils s'obstinèrent à entamer les nouvelles tumeurs du visage.

» Dans le même temps, les os du métacarpe de la main droite se tuméfièrent, et les tumeurs furent ouvertes avec le caustique. Les glandes du cou s'engorgèrent et s'entr'ouvrirent. Cette malheureuse femme était couverte d'ulcères de l'aspect le plus hideux, et maigrissait de jour en jour. Elle revint à mes soins : Je recommençai le remède unique, et la maladie semblait s'améliorer; mais le sujet était usé et mes soins parurent encore insuffisants. Elle a passé successivement en diverses mains jusqu'à son extinction totale, après avoir langui pendant deux ans, et n'ayant dû un si long répit qu'aux bons effets momentanés du muriate suroxygéné de mercure.

Obs. XXVIII. — *Plaie ulcéreuse syphilitique à la jambe gauche, consécutive à l'incision des tumeurs gommeuses.*

Lucia S..., vingt-cinq ans. Mariée il y a trois ans, elle eut deux enfants encore vivants, et une fausse couche au deuxième mois. Un an après son mariage son mari l'infecta d'un ulcère à l'orifice du

1. Ph. J. Pelletan, *Clin. chirur.*, t. I, 1810, p. 258 et 260.

vagin, suivi d'une éruption cutanée, de douleurs ostéocopes et d'engorgements des ganglions inguinaux et cervicaux.

Il y a environ deux mois, les douleurs se montrèrent aux deux tibias; en même temps apparurent sur la jambe gauche deux petites tumeurs molles, indolentes, sans altération de la peau; incisées par un chirurgien vingt jours après, elles laissent écouler un peu de sanie sanguinolente, mais ne diminuent pas de volume; les plaies, au lieu de se cicatriser, deviennent ulcéreuses et s'étendent en profondeur et en superficie.

Les ulcères ont de 7 à 8 centimètres de longueur sur 4 à 5 de large, à bords irréguliers et taillés à pic. Le fond est en partie granuleux, en partie sinueux et recouvert d'une matière pulpeuse, adhérente, d'un jaune sale et d'un vert éclatant en quelques points. Au fond de la plaie située au tiers supérieur de la jambe, on voit à découvert le bord externe du muscle soléaire.

Traitement antisyphilitique et reconstituant; pansement avec de la charpie imbibée d'huile phéniquée. La malade, sensiblement améliorée, retourne dans sa famille[1].

Obs. XXIX (Voy. plus haut, p. 414). — *Tumeur fongueuse tertiaire de la bourse séreuse prémalléolaire interne du côté gauche.*

Obs. XXX (Voy. plus haut, p. 417). — *Tumeur fongueuse de la bourse séreuse olécranienne.*

§ 4. — Observations dans lesquelles la plaie, sans s'ulcérer, ne guérit pas.

Il y avait toujours, dans ces cas, coïncidence de manifestations syphilitiques. La lésion traumatique et les accidents vénériens cédèrent au traitement approprié.

Obs. XXXI. — Jarjavay observa un syphilitique atteint d'un fongus du testicule et qui coupa lui-même, à plusieurs reprises, ses végétations avec un rasoir. Le fongus repoussa chaque fois. Guérison en deux mois, par l'iodure de potassium, du fongus et d'autres accidents syphilitiques[2].

1. C. Mazzoni, *Cinq mois de clin. chirur.*, p. 45. Rome, 1873.
2. Rollet, *Rech. clin. et expér. sur la syphilis*. Paris, 1861, p. 489.

L'observation suivante, bien que ne rentrant pas directement dans notre sujet, puisque la cause perturbatrice a été une pleurésie et non le traumatisme, présente néanmoins assez d'intérêt pour que nous la tirions de l'oubli.

Saviard opère une fistule à l'anus chez un homme en pleine éruption syphilitique, mais il lui donne du mercure; les accidents syphilitiques disparaissent et la plaie va bien; survient un épanchement pleurétique; la plaie cesse de se cicatriser et la guérison ne reprend son cours que lorsque le malade est débarrassé de sa complication thoracique. Il est plus que probable que dans ce cas c'est la pleurésie qui a arrêté la marche de la plaie vers la guérison, et qu'elle a fait alors ce que la syphilis, combattue par le mercure, n'avait pas produit.

Obs. XXXII. — *D'une fistule au fondement*[1]. — « Je fus appelé le dix-septième de janvier 1686, pour voir un avocat de la province de Béarn, qui était logé près le fort Saint-Landry, où se trouvèrent aussi M. de Tursan, maître chirurgien, et un autre chirurgien d'armée, pour consulter sur une fistule au fondement dont ce malade était attaqué, avec complication de maladie vénérienne, qui nous était manifestée par des pustules au fondement, et par une mauvaise gale répandue sur tout son corps.

» Nous convînmes qu'il fallait le préparer à l'opération qui pressait par la saignée, la purgation et le régime de vie; que, pendant le traitement de la fistule, on lui ferait user de médicaments propres à combattre le virus vérolique, qui ne manquerait pas de former un obstacle à sa guérison.

» Après les préparations faites, je coupai la fistule en présence de ces deux messieurs, et dès les premiers jours la plaie fournit une suppuration si louable, qu'elle nous parut prendre le chemin d'une prompte guérison, ce qui n'empêcha pourtant pas qu'en vue de satisfaire à l'indication que nous avions prise de combattre le virus vérolique, je ne lui fisse prendre tous les matins 15 grains de mercure doux, dans la confiture de roses, et par-dessus une infusion de sené, afin de précipiter le mercure, et qu'il n'usât pour sa boisson ordinaire que d'une douce décoction de salsepareille et d'esquine.

» Ces remèdes eurent leur effet, les pustules disparurent, la mauvaise gale s'amortit, et la plaie était sur le grand chemin d'une heureuse guérison un mois ou cinq semaines après l'opération.

1. Saviard, *Nouv. Recueil d'obs. chir.*, Paris, 1702, p. 434.

» A ce moment le malade fut atteint d'une pleurésie qui se termina par une évacuation abondante de pus par la bouche. Ce crachement continuant pendant un temps considérable, le malade tomba dans une telle exténuation qu'il n'avait plus que la peau collée sur les os.

» Cependant son ulcère était en bon état, et la seule cicatrice qui restait à faire n'était retardée que par le défaut de baume de nature, dont la source était épuisée. »

On l'envoya à la campagne; il y suivit un régime tonique e réparateur, et l'ulcère se cicatrisa bientôt.

Obs. XXXIII. — Femme, cinquante-deux ans, tempérament robuste. Au niveau de la bosse pariétale droite, large plaie suite d'une contusion, datant d'un an environ, et qui suppure abondamment. On avait vainement employé toutes sortes d'onguents. Quelques années auparavant, chancres aux parties génitales, et au moment de l'entrée à l'hôpital, syphilis squameuse à la paume des mains. Pilules de proto-iodure de mercure; la plaie ne tarda pas à s'améliorer notablement (Ambrosoli, *loc. cit.*).

Obs. XXXIV. — Thérèse M..., admise le 20 juin 1863 à l'hôpital des vénériens. Robuste, n'a jamais eu comme maladie que des chancres aux parties génitales. Au moment de l'entrée, ecthyma syphilitique très étendu. Une plaie de l'index gauche résiste à tous les traitements. Sous l'influence de frictions mercurielles et de pilules de proto-iodure, la plaie et l'ecthyma disparurent bientôt (*eod. loco*).

Obs. XXXV. — *Incision d'une gomme d'une bourse séreuse de la paume de la main. — Pas de cicatrisation. — Frictions mercurielles sur la plaie et iodure de potassium à l'intérieur. — Guérison* (Voy. plus haut, p. 416).

M. Verneuil nous dit à propos de ce malade qu'il avait observé le même fait une fois déjà, et que dans son opinion il s'agissait aussi d'une gomme syphilitique, siégeant dans une bourse séreuse située exactement au même point.

Dans ce cas, il y avait bien des accidents tertiaires, mais la petite tumeur de la main avait des symptômes si peu caractérisques qu'on ne songea pas d'abord à l'existence d'une gomme.

§ 5. — Observations dans lesquelles la réunion par première intention a échoué.

Obs. XXXVI. — D..., trente-cinq ans, eut en 1840 une rétention d'urine pour rétrécissement blennorrhagique[1]. A la suite d'un cathétérisme forcé avec une sonde métallique, l'urèthre fut perforé : une fistule resta.

En juillet 1843, chancres à la verge; accidents syphilitiques consécutifs; éruption au front, aux épaules, puis sur tout le corps; maux de gorge.

D... entre dans le service de Jobert dans l'état suivant : face et membres couverts de taches et de tubercules syphilitiques. Sur le dos, plusieurs tubercules ulcérés. Maux de gorge, pas de traces d'ulcérations dans l'arrière-gorge, ni sur le voile du palais.

La fistule a 2 centimètres 1/2 de long sur 1 centimètre de large; ses bords sont arrondis et indurés. Autour de cet orifice on voit encore trois petits chancres incomplètement cicatrisés et deux autres sur la peau du prépuce.

On administre au malade une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes.

Au bout d'une semaine environ, les tubercules syphilitiques commencent à s'affaiser; après seize à dix-sept jours, gingivite, salivation. On cesse les pilules. A cette époque, à la place des tubercules, il ne restait que des taches légèrement cuivrées; les traces de chancres sur la verge avaient complètement disparu.

Le 3 décembre, avivement des bords de la fistule, dissection d'un lambeau de même forme fixé par dix points de suture.

Le 14, chute des points de suture par suite de l'ulcération de la peau voisine de la fistule. Sur le lambeau les fils ont résisté et demeurent encore dans son épaisseur.

Deux essais de suture le 16 et le 21 sont infructueux.

7 janvier 1844. — Nouvelle opération. Avivement, dissection d'un autre lambeau, six points de suture. Chute des fils et décollement du lambeau au quatrième jour. Le 14, on fait trois nouveaux points de suture, qui le 17 ont encore coupé la peau. Le 20, on met deux épingles, mais le 28 le lambeau est encore détaché; on avive de

1. Jobert de Lamballe, *Traité de chirurgie plastique*, 1849, t. II, p. 171 (...obs.).

nouveau les surfaces, on suture, on exerce la compression sur le tout. Le 1er et le 4 février, nouvelle suture sans plus de succès.

Le 7 février, de nouvelles syphilides se montrent à la face et sur presque tout le corps. On reprend le traitement anti-syphilitique et on abandonne toute idée de réunion.

Le 21 mars, l'éruption syphilitique a disparu. On fait une troisième opération analogue aux précédentes; avivement, lambeau, suture, sonde à demeure.

Le 9 avril, la réunion est à peu près complète. Il reste une petite fistule de quelques millimètres d'étendue. On avive et on suture. Pas de réunion. Cautérisation à la pierre infernale. Épingles. Cinq jours après, il ne restait plus que deux petits pertuis juxtaposés qu'on combattit à la fin de l'année par l'avivement et deux points de suture entortillée. Le malade finit par guérir; le 30 mars 1845 il sortait de l'hôpital sans fistule.

Obs. XXXVII. — Nous avons vu en 1872, dans le service de M. Verneuil à l'hôpital Lariboisière, une femme dont l'observation a été rapportée par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*[1], juin 1872, et qui fut opérée dans les circonstances suivantes.

Cette femme, syphilitique depuis une dizaine d'années, avait eu pendant l'hiver de 1871-72 des accidents tenaces et très pénibles vers le pharynx et le voile du palais. Une perforation assez large du voile du palais avait persisté. Après les derniers accidents la malade, très inquiète de cette perforation, tourmenta M. Verneuil pour qu'il fît une opération. Celui-ci, considérant que cette femme jouissait d'une excellente santé, que depuis trois mois toute trace de maladie avait disparu sans laisser la moindre induration des tissus, finit par céder aux obsessions de la malade et par se départir de sa règle de conduite habituelle, qui est de n'opérer que six mois après la disparition totale des derniers accidents. L'opération fut très simple : quatre points de suture métallique furent placés après avivement; il n'y avait aucune tension des tissus, tout paraissait devoir favoriser le succès de l'opération.

Malgré cela elle échoua complètement; les points de suture coupèrent les tissus et le sixième jour on pouvait constater que rien n'était réuni. Évidemment les tissus, encore sous l'influence de l'infection syphilitique, étaient sans tendance à la réunion[2].

1. Voy. aussi *Bull. gén. de thér.*, 1872, t. LXXXIII, p. 278.
2. Observation analogue de Baizeau, *Bull. Soc. Chir.*, 2e série, t. II, p. 455.

Quatre ans auparavant, M. Verneuil avait fait une opération de cheilorrhaphie dans des conditions un peu différentes. L'infection datait d'un an et le malade n'avait aucun accident au moment de l'opération; le succès fut complet. Voici cette observation.

OBS. XXXVIII. — Un tailleur avait eu la lèvre inférieure enlevée par morsure, au mois de juillet 1867. Inoculation d'un chancre infectant. Accidents secondaires. Traitement suivi d'une cicatrisation normale de l'échancrure, qui se rapetissa remarquablement.

L'induration disparut lentement, et lorsque le malade vint me retrouver au mois de juillet 1868, les parties étaient saines en apparence. Comme, malgré la minime perte de substance, l'écoulement de la salive était continu et gênait beaucoup le malade, je lui accordai l'opération, m'étant d'ailleurs assuré qu'il ne présentait actuellement aucune trace de syphilis.

Dissection d'un lambeau losangique. Réunion avec deux épingles et deux points de suture. Pansement à l'eau froide. Réunion immédiate des plus belles. A la vérité, pas de tension et affrontement facile. Nul traitement spécifique concomitant. A peine de réaction locale. Résultats des plus simples.

Il n'est cependant pas probable que la syphilis ait été guérie, mais elle était dans la période latente.

Nous trouvons une intéressante observation de ce genre dans Friedberg (*Chirurgische Klinik*, Iéna, 1845, p. 87).

OBS. XXXIX. — Chez une malade atteinte d'une destruction étendue des fosses nasales avec carie du sphénoïde, Friedberg voulut pratiquer la rhinoplastie. Mais le malade étant en pleine syphilis, comme le démontraient clairement les altérations envahissantes des fosses nasales et les douleurs des os; ce chirurgien, intimidé par le fait de Blasius cité plus haut, et qu'il connaissait, n'osait pas opérer. Il fit d'abord suivre à sa malade un traitement approprié. Mais toute la médication antisyphilitique ne fut capable de mettre obstacle à la marche toujours envahissante de la syphilis qu'au bout d'un temps assez long, et avec beaucoup de persévérance de la part du chirurgien.

Enfin, bien convaincu que le libre accès de l'air dans les fosses nasales entièrement découvertes favorisait la marche de l'ulcération que la cicatrice déjà obtenue des parties sur lesquelles devait être appliqué le nouveau nez était durable, et qu'une nouvelle manifestation de la syphilis en ce point n'était pas probable, Friedber-

opéra. La rhinoplastie réussit à merveille, et pourtant la syphilis n'était pas guérie; bien plus, elle se manifesta deux mois après l'opération par une périostite du sternum, marque certaine des accidents tertiaires. « La rhinoplastie démontra du reste, ajoute l'auteur, de quelle utilité était le rétablissement d'un toit naturel des fosses nasales. C'est à lui qu'il faut rapporter la cessation de l'ozène, de l'anosmie et de l'épiphora, et peut-être aussi celle de la carie du sphénoïde, de sorte que les parties attaquées de cet os purent être mobilisées et éliminées. »

Le mercure, à notre avis, pourrait bien avoir été plutôt l'agent de toutes ces améliorations.

M. Abadie a lu à la Société de médecine de Paris une observation qui se rapproche des précédentes, et dont voici le résumé.

Obs. XL. — Homme de trente-quatre ans; chancre en 1864; pas de traitement général; depuis lors, accidents généraux à plusieurs reprises; en 1873, iritis plastique; cécité. Traitement ioduré et frictions mercurielles, disparition de l'inflammation, mais les yeux restent dans le même état. On pense à faire une pupille artificielle, mais dans la crainte que le traumatisme provoque la formation d'exsudats au niveau de la nouvelle pupille, M. Abadie résolut de n'opérer que trois mois après la disparition complète des manifestations spécifiques. Iridectomie à gauche; dès le lendemain, fausse membrane, qui s'épaissit les jours suivants malgré la reprise du traitement spécifique. En outre, deux mois après, symptômes cérébraux attribués à la syphilis et qui cèdent aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium à hautes doses. Après la disparition de ces phénomènes on pratique de nouveau l'iridectomie à gauche, puis à droite, et cette fois avec succès[1].

Ce paragraphe, qui intéresse au plus haut point la chirurgie opératoire, demanderait, pour être convenablement traité, un nombre de faits considérable. Malheureusement nous en avons très peu qui, à la vérité, sont assez concluants.

L'opéré de Jobert arrive avec une éruption syphilitique dans toute sa force; traitement de peu de durée, *opération précoce*, section des lèvres de la plaie par les fils. M. Verneuil opère dans les mêmes conditions, contre son habitude : même insuccès (Obs. XXXVII).

1. *Gaz. des hôp.*, 1875, n° 28, p. 221.

M. Abadie veut faire une pupille artificielle, il croit la syphilis éteinte parce qu'elle n'a pas donné de manifestations depuis trois mois, il opère trop tôt, et il se forme de nouvelles exsudations sur l'iris.

Voilà qui est bien net : Opérations précoces : insuccès.

Vient un deuxième ordre de faits. Après plusieurs insuccès Jobert se décide à donner du mercure à son malade : il obtient enfin la réunion désirée. MM. Verneuil et Abadie suivent la même conduite et obtiennent le même succès. Dans le second fait de M. Verneuil, l'induration chancreuse, datant d'un an, avait disparu, et le malade avait suivi un traitement rigoureux. Avivement, suture, réunion par première intention.

Friedberg pratique la rhinoplastie entre deux poussées de syphilides, mais il avait fait suivre un traitement fort long et fort minutieux à sa malade, et avec un tel succès que les accidents osseux du nez guérissent d'eux-mêmes après l'opération. Il est facile, d'après cela, de conclure, avec Jobert, MM. Verneuil et Abadie, et presque tous les auteurs dont nous avons rapporté auparavant les opinions à ce sujet (Saviard, L. Rivière, etc.) :

1° Avant d'opérer un syphilitique, il faut attendre pendant un certain temps que les accidents spécifiques aient disparu (six mois au moins, dit M. Verneuil).

2° Le traitement antisyphilitique devra avoir été suivi avec soin ; sinon, on le fera reprendre au malade avant d'opérer.

[M. Düsterhoff rapporte quelques observations analogues :

Pour épuiser la question, dit-il (p. 919), de l'influence de la syphilis invétérée accompagnée d'altérations profondes sur les blessures nous citerons les observations suivantes.

Obs. XLI (Langenbeck). — S..., quarante et un ans, présentait une altération profonde du nez et de la partie osseuse du voile du palais à la suite d'une syphilis qu'il avait eu neuf ans auparavant. Il n'y avait plus de traces récentes de syphilis constitutionnelle. Le 14 novembre 1874 Langenbeck pratiqua l'uranoplastie périostale. La suture du voile du palais se cicatrisa par première intention.

En avril 1875, au moment où le professeur se disposait à pratiquer la rhinoplastie, le malade fut pris subitement d'une angine avec fièvre. L'examen de la gorge montra des ulcérations syphilitiques des deux amygdales et de la paroi postérieure du pharynx. Ces ul-

ifestations disparurent par les frictions et l'iodure de potassium[1].

Obs. XLII (Langenbeck). — G..., âgé de vingt-neuf ans. Infecon syphilitique dans les Indes en 1870. L'ulcère induré du gland iérit par l'emploi du calomel à l'intérieur. Douleurs des os et des ticulations, traitement à l'iodure de potassium. En 1873, ulcération la lèvre supérieure et de la pointe du nez avec perte de subınce. Le malade vint à Berlin au mois d'octobre, ne présentant cune manifestation syphilitique. Il fut traité jusqu'au mois de vembre par l'iodure de potassium. Le 14 novembre 1874, opéran plastique avec un lambeau pris aux dépens des deux joues. plaie ainsi que la perte de substance des joues guérirent par preère intention, le résultat fut remarquable.

Le malade resta complètement bien portant jusqu'en février 1875, ique à laquelle apparurent des ulcérations syphilitiques sur la tie membraneuse du voile du palais. L'emploi de l'iodure de assium à haute dose et les frictions déterminèrent la guérison le des ulcérations avec une grande perte de substance.

Billroth a vu plusieurs fois, chez des individus atteints de syphilis nte, les plaies résultant d'opérations plastiques très mal réussir 'améliorer après l'emploi de l'iodure de potassium.

le ces observations on peut conclure :

' Que la syphilis latente, même dans ses manifestations tardives, ierce, en général, aucune influence fâcheuse sur la réunion par mière intention des plaies résultant d'une opération ;

' Que les opérations plastiques pratiquées sur les lieux de préction de la syphilis donnent souvent un résultat fâcheux, lorsque cure antisyphilitique avant l'opération a été insuffisante. La ilis se montre alors de préférence sur la plaie ;

' Que les opérations réussies sur des individus ayant une syphilis térée à l'état latent favorisent la récidive des manifestations s. de Langenbeck, Billroth et Friedberg) ;

' Quand la syphilis à l'état latent est réveillée par des opéras chirurgicales, il en résulte des altérations profondes semblables manifestations tertiaires ;

' Que toutes les fois qu'on constatera avant l'opération l'indun des ganglions lymphatiques, il sera indiqué de soumettre le ade à un traitement antisyphilitique avant l'opération.]

[1] *Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 4e Congress, 1875; n, 1876, p. 123.

§ 6. — Inflammation et suppuration anormales de plaies minimes.

La rareté des observations d'accidents survenus à la suite de saignées, d'application de sangsues, etc., est démontrée par le petit nombre de celles que nous avons trouvées. Cela veut-il dire, comme le croyaient Ricord et autres, que ces accidents sont rares? Nous ne le pensons pas. On ne fait guère attention en général aux plaies des sangsues et des saignées, et à l'époque dont parle Ricord, et pendant laquelle on saignait tant, on s'occupait beaucoup plus de la couleur du sang et de la consistance de la *couenne* que de l'aspect de la piqûre faite par la lancette.

Obs. XLIII. — Sur l'un des malades traités au Glascow Eye Infirmary, le Dr Kennedy remarqua que les piqûres faites au pli du bras pour les saignées suppurèrent presque toutes, ce qui l'engagea à rechercher s'il n'y avait pas là quelque infection syphilitique. Le malade avoua qu'avant d'être blessé il avait eu quelques symptômes primitifs, mais sans mal de gorge ni éruption. Du reste l'œil enflammé n'offrait aucun symptôme propre à la syphilis[1].

Obs. XLIV. — On raconte que dans l'épidémie syphilitique connue sous le nom de maladie de Brünn, les malades avaient l'habitude de se baigner et de se faire appliquer des ventouses scarifiées. Ce qu'il y avait de singulier, c'est qu'il survenait une inflammation et des ulcères sanieux sur les parties mêmes où avait eu lieu l'application des ventouses. Malgré le grand nombre des ventouses appliquées, une ou deux seulement devenaient le siège d'ulcérations[2].

« Dans le sibbon, ajoute-t-il plus loin (p. 31), il vient des excroissances spongieuses à la peau, partout où il y a la moindre tache, *écorchure* ou ulcère. »

En parlant des injections hypodermiques de sublimé employées contre la syphilis, Doyon dit que Hardy a dû y renoncer par suite de la douleur, des *eschares* et des *abcès* que déterminaient

1. Mackensie, *Traité pratique des maladies de l'œil*, 4e édit., t. II, p. 67.

2. Lancereaux, *op. cit.*, p. 26.

jections. « Il se produit souvent des ulcérations sur le point injecté, lcérations qui se recouvrent de croûtes noirâtres, sont très dou-ureuses au toucher, et parfois même plus lentes à se cicatriser que s accidents spécifiques contre lesquels elles étaient dirigées.

» Quant aux abcès, dont nous avons vu deux exemples, bien des servateurs ont signalé leur présence à la suite de ce mode de aitement. Casati, qui employait de la même manière le calomel, rle d'un abcès phlegmoneux qui survint au niveau de l'injection[1]. »

À la vérité, les accidents consécutifs aux injections sous-cutanées it relativement rares, si l'on en juge par le peu de faits que l'on ave dans les nombreux mémoires ou thèses publiés depuis Lié-ois sur ce sujet. Mais ne les a-t-on pas souvent passés sous ence?

INFLUENCE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES SUR LA SYPHILIS.

e trauma, affection locale, agissant sur l'organisme de fa-à provoquer des manifestations d'un état général morbide resté u'alors latent, possède incontestablement une action pathogé-e. C'est ainsi, par exemple, que nous avons vu des rhumati-s, en bonne santé depuis plusieurs années, être atteints d'un natisme articulaire aigu quelques jours après une fracture. lle est cette force excitatrice des blessures? Nous n'en savons ; rien ne l'indique, ni le pouls, ni le thermomètre; mais si moyens d'investigation sont incapables de la mesurer, il faut moins reconnaître qu'elle existe. L'état traumatique n'est donc léfini; on ne sait pas comment il agit; mais il agit, puisqu'il que des manifestations d'un état général; il apporte de pro-s modifications dans l'économie, il l'ébranle, et la diathèse llée ne tarde pas à se montrer sous la forme qui lui est propre.

la syphilis en particulier, le traumatisme ne tient aucun te ni de la division classique en périodes, ni de la gravité va-e de la diathèse; il agit aussi bien dans la période tertiaire que la période secondaire, dans la forme bénigne de la vérole que sa forme grave; bref, il ne reconnait aucune des distinctions ous avons admises dans notre introduction.

s lésions traumatiques ont en effet agi de plusieurs façons sur hilis, dans les observations que nous rapportons plus loin.

[1] yon, *Ann. de dermat. et de syph.*, t. IV, 1869, p. 232.

1° Chez les individus n'ayant actuellement aucune manifestation syphilitique, le traumatisme a fait naître des accidents spécifiques tantôt dans la région blessée, tantôt dans un point assez éloigné, tantôt enfin dans une partie du corps plus ou moins grande.

2° Chez des individus blessés plus ou moins longtemps avant d'avoir la syphilis, celle-ci a choisi pour se manifester, et souvent avec plus d'intensité qu'en tout autre point, la région qui était le siège d'une cicatrice, le *locus minoris resistentiæ*.

§ 1. — Manifestations syphilitiques dans la région blessée.

Quelques-unes des observations précédentes pourraient éviden ment rentrer dans ce chapitre : ce sont celles dans lesquelles la bles sure, survenant chez un individu dont la diathèse était en activ ou à l'état latent, a pris les caractères d'une ulcération syphilitique Telles sont les douze premières observations, où la syphilis s'e montrée au bout d'un temps plus ou moins long au point bless puis encore celles dans lesquelles les tumeurs gommeuses, pris pour des abcès simples, ont été ouvertes, et celles enfin dans le quelles, la syphilis paraissant momentanément guérie, on a pratiq une opération qui a donné lieu à de nouveaux accidents. En voi maintenant d'autres dans lesquelles la lésion traumatique elle-mê n'a pas pris de caractères particuliers, mais où des accidents o apparu dans la région blessée.

Obs. XLV. — *Syphilis tertiaire. — Coup de poing sur pariétal. — Gomme qui augmente à la suite de nouvelles cont sions. — Fracture du fémur et fracture spontanée de la clav cule, sans consolidation. — Mort*[1].

Clara Riedlin, née en 1766, eut à l'âge de sept ans une fièv aiguë, dont je n'ai pu apprendre ni la nature, ni la durée. Les rè parurent à quinze ans ; l'année suivante, elle épousa un sold avec lequel elle eut, en neuf années, dix enfants, dont six viv encore. Elle a soutenu, jusqu'au dernier moment, n'avoir jam eu la vérole ; mais son nez était entièrement détruit, sauf un pe moignon informe, par un ozène dont elle avait été atteinte neuf ans auparavant. Cet ozène, après avoir été traité sans suc

1. Philippe de Walther, *Essai sur le fongus de la dure-mère*, in *Journ. com des sc. méd.*, 1820, t. VII, p. 119.

par plusieurs médecins, céda enfin à l'usage de pilules (mercurielles sans doute) et de décoctions sudorifiques que prescrivit un chirurgien de campagne. La malade attribuait bien l'origine de cet ulcère à un coup qu'elle avait reçu sur le nez et à un érysipèle qui survint ensuite ; mais son genre de vie et la nature de l'affection ne permettaient pas de douter qu'elle ne fût vénérienne. Je trouvai aussi, dans les aines, les cicatrices de bubons qui avaient suppuré.

En 1809, Clara reçut d'un soldat un grand coup de poing sur la partie postérieure du pariétal droit. Elle tomba par terre et ce ne fut qu'au bout d'un temps assez long qu'elle put, avec beaucoup de peine, se rendre chez elle. Il s'éleva, sur l'endroit frappé, une petite proéminence qui fit peu à peu des progrès. Au bout d'un an, dans une chute, cette tumeur heurta contre un pieu et grossit, dès lors, plus rapidement. En peu de mois, elle acquit le volume du poing. La malade n'y ressentait point de douleur; elle se couchait indifféremment sur l'un et l'autre côté, et sa santé n'était point altérée. Sur l'avis d'un chirurgien, elle fit pendant quelque temps des frictions sur sa tumeur; mais n'éprouvant aucun soulagement, elle vint me consulter durant l'été de 1811.

A cette époque la tumeur était exactement circonscrite, arrondie, mais irrégulière à sa surface, elle siégeait à la partie postérieure du pariétal droit, et s'étendait un peu à gauche en suivant la suture sagittale. La peau qui la couvrait était un peu rouge. Elle-même était rénitente, mais molasse. On n'y percevait ni fluctuation, ni pulsations. Les mouvements qu'on y remarquait, et qui ne consistaient ni en élévation et abaissement alternatifs ni en extension suivie d'affaissement, étaient peu considérables par rapport à son volume et à sa masse; ils pouvaient être comparés à l'ébranlement qu'on observe dans toutes les parties du corps munies de gros vaisseaux au moment de la systole. Il était impossible de faire glisser la tumeur dans aucun sens, ni de la faire rentrer en partie dans le crâne. Je ne pus sentir au-dessous d'elle ni ouverture au crâne, ni à plus forte raison de rebord frangé à cette ouverture. Les os ne présentaient, en cet endroit, qu'un gonflement qui s'étendait même un peu aux parties voisines. Du reste, la tumeur étant tout à fait indolente, on pouvait la comprimer avec assez de force sans causer de douleurs à la malade. Il n'y avait qu'une forte pression et surtout les tentatives de réduction qui fussent douloureuses, mais elles ne causaient ni stupeur, ni abolition de la sensibilité, ni paralysie.

Je recommandai à la malade de tenir la tumeur légèrement couverte et de la laisser d'ailleurs en repos. Durant l'automne de la

autour de la fausse articulation un sac rempli du fluide déjà décrit.

L'interprétation de ce fait est assez embarrassante.

La tumeur de la région cranienne était-elle un fongus de la dure-mère, comme le dit Walther?

Le résumé des faits va nous l'apprendre. Une chute, chez une femme certainement atteinte de syphilis, détermine la production d'une tumeur qui n'augmente d'abord que lentement. Au bout d'un an elle est irrégulière, rénitente, mollasse, sans mouvements d'expansion, non réductible, ne causant aucun phénomène cérébral à une forte pression. Sont-ce là les caractères d'un fongus de la dure-mère. Non certes. Un nouveau coup accélère la marche de la tumeur; elle devint fluctuante, et ce n'est que plus tard que des symptômes annoncent l'existence de nombreux vaisseaux dans son épaisseur. La peau s'amincit et s'enflamme; la malade, épuisée, meurt enfin, sans avoir jamais présenté de symptômes cérébraux.

A l'autopsie on trouve, sauf de nombreux vaisseaux, les mêmes caractères dans le foyer du prétendu fongus que dans ceux des diverses fractures. Or, il est à présumer que les os fracturés ont été à un certain moment le siége de carie limitée, de gommes qui ont déterminé l'affaiblissement et la rupture de l'os. La tumeur du crâne ne serait donc autre chose qu'une gomme ayant siégé primitivement, selon toute probabilité, entre l'os et le périoste; cette gomme a envahi le tissu osseux d'une part et le cuir chevelu de l'autre, et, après avoir détruit le pariétal, est arrivée à la face externe de la dure-mère où elle s'est arrêtée. Il n'est pas probable qu'elle eût respecté le feuillet interne de cette membrane si elle eût débuté par le feuillet externe. La production des nombreux vaisseaux qu'elle renfermait s'explique facilement : l'irritation constante entretenue dans une région aussi riche en vaisseaux que la suture sagittale, où l'on rencontre, à la face profonde du péricrâne les ramifications des artères temporales, auriculaires postérieures et occipitales, et entre la dure-mère et l'os celles de la méningée moyenne, n'a pu que provoquer le développement de ces vaisseaux, aidé encore par le peu de résistance que leur opposait le tissu même de la tumeur.

Il nous paraît donc évident que les chutes répétées en un point du crâne y ont déterminé, puis activé la formation d'une tumeur gommeuse, dans laquelle se sont développés consécutivement de nombreux vaisseaux. Le traumatisme a bien agi ici comme cause déterminante de la gomme.

Il est assez probable aussi que la syphilis était pour quelque chose dans l'épaississement général des os du crâne, mais nous n'osons pas affirmer que le traumatisme en était la cause occasionnelle.

Obs. XLVI. — Chez une malade du service de Bazin, atteinte d'une roséole spécifique, deux écorchures de la jambe ont donné naissance à des pustules d'ecthyma présentant tous les caractères d'une éruption syphilitique (Schweich, *Thèse citée*, p. 33).

Obs. XLVII[1]. — Homme ayant présenté antérieurement des symptômes non équivoques de syphilis. Douleurs au bras gauche, application d'un vésicatoire.

Le vésicatoire sécha, mais le malade s'aperçut qu'à sa place se développaient des croûtes et des ulcérations qui ne se cicatrisèrent pas et ne firent au contraire qu'augmenter.

M. Verneuil a observé aussi l'apparition de manifestations syphilitiques dans une région irritée par un vésicatoire, dans les deux cas suivants :

Obs. XLVIII. — *Ecthyma et ulcérations syphilitiques sur le lieu d'application d'un vésicatoire volant.*

G..., vingt-trois ans, bonne santé habituelle; pas d'antécédents diathésiques; fièvre typhoïde dans l'adolescence; blennorrhagie et orchite en 1879. En juillet 1880, chute sur le genou droit; hydarthrose, pour laquelle il est reçu à l'hôpital. Quelques jours après son entrée, apparition à la verge d'un chancre infectant antérieurement contracté. Traitement spécifique. G... quitte l'hôpital au bout d'un mois.

Il y rentre le 21 décembre 1881 pour une hydarthrose nouvelle du genou gauche survenue encore à la suite d'un choc reçu le 18; on place un large vésicatoire volant qui était sec au bout d'une semaine. Or, le 12 janvier 1882, c'est-à-dire vingt jours environ après son application, on vit apparaître en son lieu et place six grosses pustules d'ecthyma qui s'ouvrirent et furent bientôt remplacées par des ulcérations assez profondes et tout à fait caractéristiques.

On employa localement l'emplâtre de Vigo et on prescrivit le traitement mixte. L'effet fut si prompt, que le 20 les ulcérations étaient déjà presque entièrement fermées.

1. Cazenave, *Traité des syphilides*, p. 536.

Quelques jours plus tard il ne restait plus que des taches brunâtres.

L'observation suivante offre un intérêt particulier à cause des difficultés qu'offrait le diagnostic touchant la nature de l'ulcération consécutive au vésicatoire. La malade était tuberculeuse et paludique, le mauvais aspect de l'ulcération pouvait donc s'expliquer par l'état quasi cachectique où elle se trouvait; de plus elle niait la contamination syphilitique, qui du reste était peut-être congénitale. Malgré cela, en me guidant sur les caractères objectifs de la plaie et sur la facilité avec laquelle les irritations externes provoquaient les manifestations syphilitiques, j'instituai le traitement, qui confirma bientôt mes soupçons.

Obs. XLIX. — *Ulcération tertiaire consécutive à l'application d'un vésicatoire. — Traitement spécifique. — Guérison.*

Marie D..., vingt ans, fleuriste, entrée à l'hôpital de la Pitié le 24 septembre 1881. Antécédents morbides nombreux, père syphilitique, mère encore vivante, hystérique. Marie elle-même a été affectée dans sa première enfance de gourmes et d'ophtalmies. A six ans, éruption vésiculeuse accompagnée de fièvre; pendant plusieurs années, à peu près dans la même saison, cette éruption se reproduisit en diminuant toutefois de durée et d'intensité. Vers douze ans, la malade commence à tousser et à souffrir du côté gauche de la poitrine. A quatorze ans, séjour de trois mois à l'hôpital pour une gastrite rebelle.

A quinze ans, Marie, chétive, de petite taille, à peine développée et n'ayant pas encore vu les règles apparaître, devient enceinte et accouche sans accident d'un garçon qui succombe cinq mois plus tard à une affection intestinale.

Six semaines après la délivrance, recrudescence des symptômes pulmonaires; on prescrit la viande crue, le quinquina, l'huile de foie de morue. La malade sort de l'hôpital, mais elle y rentre deux mois plus tard, atteinte, sans cause appréciable, d'une pelvi-péritonite qui se prolonge pendant trois mois environ; à dix-sept ans, nouvelle grossesse, naissance sans accident d'une fille qui meurt dix-huit mois après d'une affection de la poitrine. En avril 1879, Marie va en Algérie; elle est prise presque aussitôt de fièvre intermittente quotidienne. Retour en France et séjour à Marseille à la fin de l'année 1880. L'état de la poitrine est meilleur, mais les fièvres reviennent encore de temps à autre, moins longues et moins intenses à la vérité qu'en Afrique.

Le 28 août 1881, Marie, admise à l'hôpital Cochin, y fait une fausse

couche à quatre mois et demi environ. Les suites n'en sont pas graves, mais la région hypogastrique reste douloureuse, de sorte que le 2 septembre on applique *loco dolenti* un large vésicatoire, lequel au lieu de sécher comme à l'ordinaire suppure abondamment, puis se couvre d'ulcérations et finalement se métamorphose en une plaie large et profonde de 2 millimètres en moyenne.

Divers topiques étant employés sans succès, la malade rentre chez elle le 21 septembre, mais trois jours après se fait admettre dans mon service, salle Lisfranc, n° 31.

Le chirurgien qui me remplaçait constate le reliquat de la pelvi-péritonite, mais ne se prononce pas sur la nature de la plaie de l'hypogastre. Il prescrit des pansements antiseptiques soignés, et à deux ou trois reprises une cautérisation avec la solution de nitrate d'argent. Malgré cela, la cicatrisation ne s'effectue pas, et lorsque ayant repris mon service j'examine à mon tour la patiente le 24 octobre 1881, je trouve une large ulcération indolente, à bords festonnés, saillants, de forme ovalaire, et recouverte de distance en distance de petites croûtes. La peau voisine est d'un brun rouge. Point d'engorgement ganglionnaire.

Le ventre est encore douloureux. La poitrine est relativement en assez bon état, bien que les sommets renferment certainement des tubercules. La fièvre intermittente n'est pas revenue, mais la faiblesse est grande et la santé générale est mauvaise.

Malgré les dénégations de la patiente qui affirme n'avoir jamais eu d'affections vénériennes, reconnaissant dans la plaie abdominale les caractères des ulcérations syphilitiques secondaires tardives ou tertiaires précoces, je prescris en même temps que les toniques le traitement mixte par le sirop de Gibert et les applications locales d'emplâtre de Vigo.

Le résultat fut tout à fait décisif, la cicatrisation commença aussitôt; au bout d'une semaine elle était très avancée; l'épidermisation gagna de la circonférence au centre, et de légères croûtes se formèrent. Dans la première quinzaine de novembre, la cicatrice achevée était rose et un peu indurée. La malade très joyeuse demande son exeat; je lui recommandai de continuer le traitement. Je ne l'ai pas revue.

Obs. L. — Dans la séance de la Société de chirurgie du 8 avril 1868, M. Verneuil présenta au nom de M. Louis Thomas (de Tours), une observation de fracture du tibia chez un syphilitique et à la suite de laquelle il survint des gommes autour du siège de la

fracture. On fit suivre au malade un traitement ioduré. Guérison.

Malheureusement cette observation n'ayant été publiée à cette époque ni dans les *Bulletins* de la Société de chirurgie ni dans les principaux journaux de médecine, nous n'avons pu la retrouver.

Obs. LI [1]. — Un homme de vingt-neuf ans eut en février 1843 deux chancres indurés au gland, puis sur la face externe des bras et sur les épaules une éruption de petits boutons coniques, rouges, nombreux. Traitement mercuriel. — Au bout d'un mois les chancres étaient guéris, mais l'éruption syphilitique ne disparut que plus tard. Trois semaines après, ulcérations au voile du palais, à la voûte palatine et à la face interne des joues. Nouveau traitement mercuriel pendant six semaines. Guérison des ulcérations.

Six mois après l'apparition des chancres, écorchure légère sur le dos du nez qui s'enflamme, devient rouge et gonflée sur les bords; extension érysipélateuse de l'inflammation qui cède bientôt à un traitement antiphlogistique; mais le nez reste un peu rouge et excorié. Un mois après il s'y élève une petite tumeur qui acquiert en quelques jours le volume d'un pois. Un médecin consulté crut devoir l'inciser. Le tumeur s'enflamma et suppura. Bientôt le nez devint rouge, et plusieurs autres tubercules se groupèrent autour du premier (*syphilide tuberculeuse*).

En août 1844, le malade entre à Saint-Louis. Ce ne fut qu'après un traitement antisyphilitique suivi avec persévérance pendant plus d'une année, qu'il put sortir guéri, en décembre 1845. Un nouvel érysipèle survenu au mois d'août avait paru exercer une influence des plus heureuses sur la syphilide.

Obs. LII. — Sur une jeune fille atteinte de syphilis, et qui s'était exposée à un courant d'air, Huguier vit apparaître du côté de l'iris et de la peau des phénomènes syphilitiques et une ophthalmie [2].

Mackenzie [3] admet aussi que, chez des sujets prédisposés, un traumatisme léger suffit pour déterminer l'iritis.

« Bien que cette affection, dit-il, soit indubitablement le résultat de l'action syphilitique et qu'elle débute souvent sans aucune cause excitante appréciable, elle est souvent amenée, comme d'autres

1. Cazenave, *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. III, p. 16
2. *Bull. Soc. chir.*, 1re série, t. II, p. 52.
3. Mackenzie, *Traité pratique des maladies de l'œil*, 4e édit, 1857, trad. par Warlomont et Testelin, t. II, p. 23.

symptômes secondaires et notamment l'ulcération de la gorge, par l'exposition au froid. Des coups légers sur l'œil, un excès de travail et l'intempérance semblent, dans d'autres circonstances, aider au développement de cette affection, qu'on peut en conséquence considérer, au moins dans beaucoup de cas, comme l'effet de causes externes agissant sur une constitution soumise à l'intoxication vénérienne. »

Obs. LIII[1]. — *Brûlure chez un syphilitique. — Éruption confluente de syphilides tuberculeuses.*

G..., garçon de magasin. Antécédents vénériens peu précis. Pas de traitement mercuriel.

Pendant quinze à seize ans, après deux blennorrhagies, G... n'éprouva rien. Sa santé ne fut troublée en aucune façon jusqu'à l'année dernière, époque où survint une petite tumeur, probablement gommeuse, dans la région lombaire.

Au mois de décembre 1842, une goutte d'acide sulfurique à 66 degrés tomba sur la joue gauche. Une petite tumeur succéda à la brûlure, puis à côté d'elle d'autres semblables couvrirent bientôt la joue entière.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 12 juillet 1842, G... n'avait eu recours qu'à des cataplasmes et à des lotions d'eau blanche. Toute la joue gauche, et une grande partie de l'oreille étaient couvertes de tubercules durs, saillants, arrondis, luisants, d'une couleur rouge spéciale, se rapprochant de la couleur cuivrée, irrégulièrement groupés sur les surfaces malades ; quelques-uns étaient ulcérés et recouverts de croûtes épaisses, noirâtres, adhérentes : d'autres, en petit nombre, dépouillés de leurs croûtes, laissaient voir une ulcération grisâtre, profonde, assez nettement découpée. C'était une syphilide tuberculeuse en groupe, ulcérée, survenue à l'occasion de la brûlure par l'acide sulfurique.

On s'abstint de toute espèce de topique. G... prit le premier jour 5 centigrammes de protoiodure de mercure, dose portée successivement à 10 puis à 15 centigrammes par jour. L'amélioration fut rapide. Le 15 août, il ne restait plus que quelques croûtes adhérentes, et comme froncées de dedans en dehors. Les tubercules avaient entièrement disparu, ne laissant d'autre trace qu'une cicatrice assez exactement arrondie, peu déprimée, blanche en quelques

1. Cazenave, *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. I, 1844, p. 93.

points, bleuâtre en d'autres. Le traitement fut continué quinze jours encore, et G... sortit le 1er septembre parfaitement guéri.

Obs. LIV. — *Piqûre du pouce. — Nécrose de la première phalange. — Ulcérations successives sur la face dorsale de la main et du poignet.*

Noël B..., cinquante-sept ans, journalier, entre à la Pitié, salle Saint-Louis n° 61, le 19 décembre 1872.

Il y a dix ans cet homme s'est piqué le pouce de la main droite avec une tringle en fer enduite de vernis. Son pouce tuméfié est devenu douloureux; la plaie a constamment fourni du pus. Jusqu'en 1869 le malade, resté sans soins chirurgicaux, suivait les conseils de ses camarades. Il entra alors à la Pitié, dans le service de M. Richet, et depuis parcourut plusieurs hôpitaux: Saint-Louis, Cochin, Lariboisière, sans jamais guérir complètement. Lorsque le m s'améliorait, B... reprenait son travail, puis, quand les accidents inflammatoires reparaissaient, il entrait à l'hôpital.

Depuis quatre ans il vient de temps en temps, à la main et au poignet, surtout à la face dorsale, de petits boutons, qui grossissent, atteignent le volume d'une petite olive, prennent l'aspect de gommes sous-cutanées, et se ramollissent. De là de nombreuses incisions dont les cicatrices sont encore très apparentes. A Lariboisière, M. Verneuil soupçonna la syphilis, bien que le malade n'avouât pour tout antécédent vénérien qu'une chaudepisse contractée dans sa jeunesse, et fit prendre à B... de l'iodure de potassium.

A cette époque plusieurs petits os du pouce sortirent spontanément; l'état du malade s'était assez amélioré pour qu'il pût reprendre son travail.

A sa rentrée à la Pitié, le pouce était tuméfié, rouge, douloureux ainsi que toute la face dorsale de la main et du poignet. A la place des incisions de la face dorsale de la main et aux orifices des fistules du pouce, on voyait des croûtes épaisses et grisâtres qu'on fit tomber à l'aide de cataplasmes, et qui laissèrent à découvert des ulcérations ayant toutes le même aspect; de dimensions variables, elles sont superficielles, à bords irréguliers et de niveau à peu près avec le reste du dos de la main; de leur surface rougeâtre s'élèvent de nombreuses papilles hypertrophiées dont quelques-unes ont de 4 millimètres. Les cinq doigts présentent une rétraction que l'on attribue à la présence, dans les gaines des fléchisseurs, de gommes développées à une époque antérieure.

Traitement : Cataplasmes, onguent napolitain et eau blanche.

sur la main, frictions mercurielles à la face interne des cuisses, bains de sublimé; à l'intérieur, sirop de Gibert.

Vers la fin du séjour on fit sur les papilles plusieurs applications d'acide chromique qui furent très douloureuses et ne donnèrent pas de résultat appréciable. Le malade sortit le 11 mars.

A cette époque, le pouce a un volume double, mais ne présente ni douleur, ni inflammation; la face dorsale de la main et du poignet est seulement rouge, recouverte de croûtes moins nombreuses et moins épaisses qu'à l'entrée. Il s'est formé, à l'éminence thénar, un petit bouton qui a suivi la même marche que les précédents et qui actuellement constitue un tubercule du volume d'un gros pois, au sommet duquel est une ulcération.

Obs. LV. — *Syphilis restée latente pendant soixante-sept ans. — Luxation de l'épaule. — Formation de plaques de rupia sur la région deltoïdienne.*

X..., quatre-vingt-huit ans, de petite taille, maigre, vint en juillet 1871 dans le service de M. Verneuil, à Lariboisière, pour une luxation de l'épaule datant d'un an environ. En examinant la région malade, tous les assistants furent frappés de voir sur la face externe du bras, au-dessus des insertions inférieures du deltoïde, plusieurs croûtes d'un vert foncé, noirâtres par places, très épaisses, saillantes, de forme arrondie, ayant environ les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, et entourées d'un cercle rouge, couleur chair de jambon : en un mot il s'agissait de plaques de rupia.

Cet homme avait eu, vers l'âge de vingt ans, des chancres à la verge; on lui avait fait prendre des pilules et de la tisane de salsepareille pendant un mois ou deux, et depuis il *n'avait jamais été malade*. Un de ses enfants, homme d'une quarantaine d'années et très robuste, l'accompagnait; il nous affirma qu'à sa connaissance son père avait toujours eu une bonne santé, et que lui-même ni personne dans sa famille n'avaient jamais eu d'accident pouvant se rapporter à la syphilis.

Les plaques de rupia étaient survenues de la manière suivante : quelque temps après la luxation et après des tentatives de réduction restées infructueuses, il vint sur le moignon de l'épaule un bouton que le malade gratta; il en résulta une plaie qui s'ulcéra, s'agrandit, et se recouvrit d'une croûte; puis survinrent successivement d'autres boutons qui crevèrent et suivirent la même marche. M. Verneuil laissa la luxation dans le *statu quo;* il conseilla seulement de faire prendre de l'iodure de potassium.

Obs. LVI. — *Frottements répétés sur la région sternale. — Gomme (?) de cette région qui s'ouvre spontanément. — Ulcération serpigineuse consécutive d'aspect syphililique. — Guérison par le traitement mixte.*

Homme de cinquante-neuf ans, exerçant une profession qui consiste à travailler les cornes d'animaux avec un instrument que l'on appuie sur le devant de la poitrine. Taille élevée, extérieur robuste. Négation de tout antécédent syphilitique. Vaste ulcération de 60 centimètres de circonférence sur le devant du thorax. Aspect impossible à décrire « tant on trouve de crasse et de restes de pommades » sur l'ulcération.

Dix-huit mois auparavant, apparition d'une tumeur au point où le malade appuie son ciseau sur la poitrine; ouverture spontanée, issue d'un petit verre de pus. Des soins inintelligents favorisent l'extension de l'ulcère, qui au début avait à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs. Le centre se cicatrisa un moment, mais les bords devinrent serpigineux.

Dès l'entrée à l'hôpital, cataplasmes sur l'ulcération, et au bout de quelques jours les parties ulcérées étant à nu, M. Guibout se prononça pour une affection syphilitique serpigineuse. Ce que le malade appelle un abcès pourrait bien avoir été une gomme syphilitique. L'instrument qu'il emploie aurait été la *cause occasionnelle et déterminante de cette manifestation d'une diathèse latente et jusque-là ignorée.*

Les doutes qui pouvaient rester sur la nature du mal ne tardèrent pas à s'évanouir. En effet le malade ayant été soumis à un traitement mixte par le protoiodure d'hydrargyre et l'iodure de potassium, la guérison de cette ulcération, qui depuis dix-huit mois ne faisait que s'accroître, fut complète en quinze jours[1].

Obs. LVII. — *Syphilis datant d'au moins quatre ans. — Contusions à la face dorsale des pieds. — Ulcérations à la face latérale des orteils*[2].

X..., homme de vingt ans, entre à la Pitié au mois de janvier 1873 pour des ulcérations des orteils. A la face interne du deuxième orteil gauche existe une ulcération de 4 à 5 millimètres de profondeur, s'étendant jusqu'à la commissure qui est elle-même ulcérée; sa surface, d'un rouge foncé, à bords taillés à pic, sinueux et de couleur

1. Léon Brière, *Gaz. des Hôp.*, 1873, p. 858.
2. Note recueillie dans le service de M. Verneuil par M. Ledoux.

cuivrée, est recouverte d'une couche peu abondante de pus grisâtre. L'orteil est tuméfié, violacé, mais peu douloureux, même pendant la marche. Au pied droit, à la face interne du troisième orteil, autre ulcération absolument semblable à la précédente et aussi peu douloureuse.

Ces deux ulcérations ont pour cause une contusion produite, à gauche, par un cheval qui a marché sur un pied du malade, et à droite par une caisse assez lourde qui est tombée sur l'autre. Les contusions n'ont pas été assez fortes pour empêcher le malade de marcher, mais environ quinze jours après les ulcérations se manifestèrent.

Le malade présente des signes non équivoques d'une syphilis antérieure. De chaque côté, engorgement et induration des ganglions inguinaux. Or, les contusions du pied ne provoquent en général qu'un engorgement des ganglions verticaux. A la verge, petites saillies papuleuses que l'on ne peut rattacher qu'à des accidents secondaires. Enfin, à la face antérieure des jambes et des cuisses, taches brunâtres, évidemment syphilitiques, qui durent depuis bientôt quatre ans.

Cela, joint aux caractères objectifs des ulcérations des orteils, permet d'affirmer qu'on a affaire à des ulcérations syphilitiques dont le développement a été provoqué par les contusions des pieds. Ce sont des manifestations tardives de la syphilis secondaire, qui, comme on le sait, affectent souvent les commissures naturelles, celles des orteils en particulier.

Un peu de charpie sèche sur les ulcérations et le sirop de Gibert à l'intérieur firent tous les frais du traitement.

Obs. LVIII. — *Contusion du tibia chez un syphilitique. — Développement d'une exostose au point blessé.*

X..., vingt-deux ans, chancre induré du frein en mai 1869. Pléiade ganglionnaire des deux côtés.

Traitement mercuriel ; pas de roséole. Vers la fin d'août, chute des cheveux, un peu d'angine produite par quelques plaques muqueuses. Traitement sévère ; un mois après, à la suite d'un bain, éruption d'ecthyma d'une gravité extrême sur le dos et les membres ; le traitement mixte la fait disparaître vers la fin de janvier, mais malgré les bains de sublimé, il reste une coloration caractéristique des cicatrices.

Voici la partie intéressante de l'observation : cet homme se heurte fortement la jambe contre un cerceau en fer.

Jules L..., trente-sept ans, entre à la Pitié, salle Saint-Louis. n° 16, le 7 janvier 1875. Cet homme, d'une bonne santé habituelle, présente au testicule droit une tumeur dont le début remonte à quatre ans, qui s'est développée sans cause connue, et après avoir d'abord marché lentement, sans douleurs ni altération de la santé générale, s'est accrue subitement il y a quelques mois. A l'entrée du malade, qui nie tout antécédent vénérien, elle était dure, bosselée, indolente. Cependant M. Nepveu, dans un examen postérieur, lui fit avouer qu'il avait eu une chaudepisse à vingt ans, et un chancre avec bubon suppuré à vingt-deux ans. Chute sur le périnée en 1861.

L'iodure de potassium n'ayant aucune action sur la tumeur, on diagnostique un sarcocèle, et comme il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire au pli de l'aine, on pratique la castration le 15 janvier 1875. Le malade était en même temps atteint d'ataxie locomotrice progressive. La journée de l'opération fut bonne, mais la nuit des accès de douleurs térébrantes avec irradiation vers les membres inférieurs se succédèrent sans interruption; le sein et la joue gauches étaient le siège de douleurs névralgiques insupportables. La plaie, pansée avec de l'eau phéniquée, resta blafarde, recouverte de gros bourgeons mollasses dans les premiers jours, mais ne présenta en réalité rien de spécifique. Les douleurs cessèrent bientôt.

La cicatrisation marchait bien, lorsque cinq semaines après l'opération, se manifesta sur la crête du tibia gauche, à 7 centimètres environ de l'articulation tibiotarsienne, une périostose qui atteignit le volume d'une petite noix. La tumeur du testicule ayant tous les caractères d'une gomme syphilitique, comme le démontre l'examen microscopique pratiqué par M. Nepveu, il est probable que celle du tibia était de même nature et que la castration a été la cause déterminante de la manifestation tibiale. On donne de l'iodure de potassium à l'intérieur et on fait sur la jambe des frictions avec l'onguent napolitain.

Au 10 mars, l'exostose reste stationnaire. En juin, elle existait encore.

Dans ce cas, le traumatisme opératoire a donc exercé son influence à la fois sur la lésion médullaire, en aggravant momentanément les phénomèmes douloureux de l'ataxie, et sur la syphilis en déterminant l'apparition d'une exostose sur le tibia.

§ 3. — Manifestations syphilitiques s'étendant à une partie plus ou moins étendue de la surface du corps.

Obs. LXI. — Femme. Antécédents syphilitiques non douteux. Six ans après la guérison, apparait, à la suite de l'accouchement et après quelques symptômes généraux, une éruption qui envahit toute la surface du dos et caractérisée par des tubercules syphilitiques auxquels succèdent des ulcérations[1].

Ce fait serait assez exceptionnel, si nous en croyons Gilbert, qui dit en effet : « Une circonstance assez curieuse des suites de l'accouchement chez les femmes vénériennes, c'est la disparition des syphilides, surtout des symptômes génitaux[2].

Voici un autre exemple d'éruption généralisée, sauf dans la région malade, qui reste indemne.

Obs. LXII. — Homme de vingt-trois ans. Plaie du bras par arme à feu, qui guérit très difficilement. Il survient subitement un exanthème syphilitique sur tout le corps, à l'exception du bras blessé. Le malade, infecté en 1869, a été atteint d'une iritis syphilitique en 1870. L'auteur suppose que le bras a été exempt de manifestations spécifiques par suite de l'oblitération des lymphatiques ou de leur compression par les tissus indurés avoisinants (Merkel, *op. cit.*).

Nous pouvons rappeler ici le cas de Cazenave, dans lequel une application de tartre stibié sur la peau détermina une éruption de syphilides sur divers points du corps (Obs. XIII).

La lecture de ces observations est des plus instructives. Nous voyons des contusions dans des régions où les os ne sont recouverts que par des parties molles peu épaisses, crâne, tibia, sternum, donner naissance à des gommes du périoste ou de l'os. Tantôt ces contusions sont violentes, et une seule suffit pour provoquer la manifestation syphilitique (Obs. XLV, LVII, LIX), tantôt des frottements répétés amènent le même résultat (Obs. LVI).

Dans l'observation L, une fracture du tibia provoque une

1. *Bull. Acad. de Méd.*, t. XVII, 1851, p. 156.
2. Cazenave, *Traité des syphilides*, p. 530. — On trouvera de nombreux exemples de l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les manifestations syphilitiques dans la thèse de Moret, Paris, 1875.

éruption de gommes; dans l'observation LV, une luxation de l'épaule est suivie de rupia; puis nous voyons des opérations successives amener une adénopathie tertiaire inguinale, l'ablation d'un testicule provoquer une gomme du tibia (Obs. LX), un accouchement, susciter une éruption étendue de syphilides tuberculeuses (Obs. LXI), enfin une plaie par arme à feu fait surgir un exanthème syphilitique généralisé. Mais à côté de ces grands traumas, n'est-il pas remarquable de voir de simples écorchures (Obs. XLVI, LI), un vésicatoire, une application d'huile de croton, un courant d'air, une brûlure très peu étendue, une piqûre du pouce, provoquer les mêmes accidents? Il faut bien admettre que la syphilis n'était pas neutralisée au même degré dans tous ces cas. Dans les uns, d'ailleurs, ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'elle s'est réveillée, même alors que le traumatisme avait été grave; dans les autres, au contraire, où la lésion avait été pour ainsi dire insignifiante, c'est presque subitement que l'éruption spécifique s'est montée. Il est bien évident que dans ces derniers faits la syphilis n'aurait pas tardé à se réveiller spontanément, et que dans les premiers il se serait encore écoulé un temps assez long avant la réapparition spontanée des accidents. Nous reviendrons du reste sur ce point.

Nous ferons remarquer encore que ce sont presque toujours des manifestations tardives de la période secondaire, ou des accidents tertiaires, qui se sont montrés dans ces observations. Sur un total de dix-huit cas nous avons, en effet, un cas de rupia, un d'ecthyma, trois de syphilides tuberculeuses, et huit de gommes; dans cinq cas l'espèce des ulcérations n'était pas indiquée.

Enfin, dans tous les cas où le traitement a été administré, les accidents ont guéri, sauf chez le malade de l'observation XLV, qui à la vérité était dans un triste état; dans l'observation LVII aussi nous n'avons obtenu qu'une amélioration.

Nous avons vu dans notre historique que, d'après Merkel, les plaies, mêmes graves, n'étaient pas influencées par la syphilis, que celle-ci n'agissait que quand l'infection s'était produite peu de temps avant le traumatisme, — enfin que les manifestations de la syphilis qui suivent le traumatisme sont ordinairement cutanées. Si cette dernière assertion peut être admise, il n'en est pas de même des deux autres.

Nos observations confirment, au contraire, l'opinion d'Ambrosoli qui pensait que les lésions, mêmes les plus légères, suffisaient à réveiller la syphilis.

§ 4. — Observations dans lesquelles la syphilis s'est localisée en un point ayant été autrefois le siège d'une lésion traumatique.

Les cinq observations qui suivent sont assez curieuses. Delpech fait une rhinosplastie chez un syphilitique; l'opération réussit bien; quelques mois plus tard la cicatrice est détruite par une ulcération; Delpech, se rappelant les antécédents de son opéré, lui donne du mercure et le guérit. Le cas de Blandin n'est pas moins intéressant. Ce chirurgien croit opérer un cancer, qui récidive; une seconde opération est jugée impossible par l'étendue du mal, mais l'iodure de potassium la rend inutile, en amenant la guérison.

Le malade de M. Verneuil vient à l'hôpital pour un écrasement du gros orteil; il a en même temps des chancres dont il ne dit rien; il sort dès que la lésion du pied est guérie, mais quelques semaines plus tard arrivent les accidents secondaires, qui se manifestent d'abord, et avec plus de violence que partout ailleurs, sur la cicatrice du gros orteil (Obs. LXV).

L'observation LXVII a assez d'analogie avec la précédente. Un enfant de sept ans est atteint d'un abcès sous-périostique du tibia. Devenu jeune homme, il contracte la syphilis, et lorsque la période des gommes est arrivée, l'une d'elles, probablement la première, va se fixer sur le tibia anciennement affecté.

Merkel avait probablement observé des faits analogues, car il dit que les manifestations traumatiques de la syphilis s'observent au niveau de la cicatrice. Ici, comme dans les cas précédents, les accidents guérissent encore par le traitement spécifique.

D'autres fois, on voit d'anciennes cicatrices, résultant de plaies survenues en pleine syphilis et parfaitement guéries, s'ulcérer au bout d'un temps plus ou moins long et ne se fermer que lorsque le traitement spécifique est employé. La cicatrice est devenue un lieu de moindre résistance que la syphilis finit par envahir d'une manière fixe, ce dont M. Verneuil a rapporté un exemple remarquable (Obs. LXVII).

Obs. LXIII[1]. — Delpech pratiqua le 9 mai 1821 une rhinoplastie

[1] Delpech, *Clin. chir. de Montpellier*, t. II, 1828, p. 235 et suiv. — Faisant allusion à cette observation, Sanson dit : « Dans un cas de rhinoplastie pratiquée

chez un sujet dont le nez avait été détruit par une ulcération syphilitique. A la fin de juin, la cicatrisation étant complète et la restauration satisfaisante, le malade quitte l'hôpital. Dix mois après, douleur près du point le plus élevé de la cicatrice; les parties molles s'engorgent et prennent une teinte rouge de laque; il se forme un bouton sur la cicatrice elle-même; un ulcère lui succède, qui s'étend peu à peu, et détruit la partie supérieure de la cicatrice; suintement abondant, ichoreux, purulent, d'une grande fétidité. L'aspect de l'ulcère n'avait rien de caractéristique; mais prenant en considération les antécédents de son opéré, Delpech, qui le voit six mois après l'apparition de ces accidents, pense que la syphilis est la cause de tout le mal et administre le mercure. Les progrès de l'ulcère furent bornés dès le vingtième jour, et au bout de trois mois de traitement les douleurs avaient entièrement cessé, la rougeur des environs était effacée en grande partie; une cicatrice solide couvrait les deux extrémités de l'ulcération. La guérison fut parfaite, mais très lente, car elle demanda encore neuf mois de traitement.

Obs. LXIV. — *Tumeur syphilitique du voile du palais et de l'amygdale prise pour un cancer. — Ablation par les ligatures multiples. — Récidive. — Guérison par l'iodure de potassium à l'intérieur.*

Blandin opéra par des ligatures multiples une énorme ulcération à base indurée occupant la moitié droite du voile du palais, le pilier antérieur, et l'amygdale correspondante. Le malade guérit, mais quelque temps après l'ulcération reparut et cet homme, jugé inopérable par Blandin lui-même, fut envoyé à Bicêtre comme incurable. Là il fut confié aux soins de M. Maisonneuve qui, d'après quelques soupçons d'affection syphilitique ancienne, le soumit à l'usage de l'iodure de potassium. La guérison fut complète en très peu de temps[1].

par Delpech, sur un sujet vérolé, il a vu le trajet des fils prendre l'aspect des ulcères syphilitiques. » (Sanson, *Des avantages et des inconvénients de la réunion immédiate des plaies*. Thèse de concours, 1834, p. 20). Ce n'est pas tout à fait exact, puisque c'est la cicatrice elle-même qui, après sa formation complète, s'est ulcérée et détruite en partie.

1. Cette observation ayant été rapportée de différentes manières par plusieurs auteurs, et avec des indications bibliographiques inexactes, nous croyons devoir rectifier ces indications.

M. Demarquay a décrit le procédé employé par Blandin dans l'*Union médicale*, 25 mars 1848, et plus tard, en 1862, à propos d'une autre observation lue à la Société de chirurgie, il donna les résultats de l'opération (*Bull. Soc. chir.* 1862, 2e série, t. III, p. 467). M. Richet parle aussi de ce malade, qu'il a vu opérer à l'Hôtel-Dieu. (*Traité d'anat. méd. chir.*, 3e édit., 1866, p. 403-404.

Obs. LXV. — *Ulcérations syphilitiques d'une cicatrice récente; lésions des fosses nasales donnant lieu à des épistaxis.*

François P... quarante-huit ans, menuisier, entre à Lariboisière le 1er mai 1869, pour un écrasement du gros orteil droit. Il sort guéri le 12 juin.

Il présentait en même temps un chancre à la verge. Après sa sortie, il a pris des *pilules* et a pansé son chancre avec une *pommade*.

Six semaines après, éruption de taches rouges qui disparurent au bout d'une quinzaine de jours. Ses cheveux ne tombèrent pas. Vers le 20 septembre sont apparues les manifestations suivantes, pour lesquelles il est entré de nouveau à l'hôpital le 7 octobre.

Plaques muqueuses sur les orteils du pied droit; syphilides pustuleuses sur la face dorsale du même pied et sur la jambe droite; sur la jambe gauche, une plaque de syphilis papuleuse; plaques muqueuses à la pointe de la langue.

L'attention se porte surtout sur la face dorsale du gros orteil droit qui, dépourvue d'ongle par l'écrasement antérieur, est le siège de végétations ayant la forme de gros bourgeons charnus pressés les uns contre les autres, de couleur violacée et entourés de plaques muqueuses : il semble que la syphilis ait profité d'un point du corps où la vitalité était encore faible pour s'y manifester plus énergiquement qu'ailleurs.

On observe en outre chez le malade un fait très curieux. Depuis son entrée il a été pris d'hémorrhagies nasales très intenses et très rebelles, se répétant jusqu'à cinq et six fois par jour. Dans la prévision qu'elles étaient causées par des ulcérations syphilitiques siégeant dans les fosses nasales, on prescrivit de l'iodure de potassium qui ne produisit aucun effet. On administra alors du sirop de biiodure de mercure ioduré qui arrêta peu à peu les hémorrhagies, en même temps que son action se faisait sentir favorablement sur les ulcérations du pied et de la jambe.

20 octobre. — Les hémorrhagies ont cessé entièrement; des croûtes se forment sur les ulcères, qu'on panse avec de la charpie et du cérat. A l'intérieur le malade prend une cuillerée de sirop de biiodure ioduré.

27 octobre. — La croûte du gros orteil est tombée, l'ulcère apparaît comme auparavant. Les ulcérations de la langue sont toujours douloureuses et ne tendent pas à se cicatriser; deux cuillerées de sirop par jour.

28 octobre. — Deux nouvelles hémorrhagies nasales arrêtées avec de l'eau froide.

3 novembre. — Épistaxis peu abondante ; de petites ulcérations apparaissent à l'entrée des fosses nasales. La partie inférieure des ailes et du dos du nez est rouge, indurée, légèrement enflée, ainsi que les pommettes. L'ulcération du gros orteil est touchée avec une solution de nitrate d'argent au dixième.

Le sirop de Gibert devient bientôt aussi inefficace que l'iodure de potassium. Les accidents syphilitiques font chaque jour de nouveaux progrès. — Indurations violacées aux pommettes, sur les pieds, ces dernières très nombreuses et tendant à s'ulcérer. Apparition de psoriasis, d'un blanc nacré, au-dessous des deux coudes. Deux ou trois épistaxis par jour.

On suspend le sirop de Gibert. — Frictions à la face interne des cuisses avec 4 grammes d'onguent mercuriel.

15 novembre. — Les épistaxis n'ont pas cessé. Plaque de psoriasis au coude gauche, sèche, d'un blanc nacré, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent. Au coude droit, quatre plaques plus petites. A la face dorsale du poignet gauche, plusieurs petites indurations violacées. Ces éruptions n'ont pas le caractère ordinaire des accidents syphilitiques. En outre, on remarque, chez ce malade, l'inefficacité du traitement ioduré et du traitement mixte. On se demande si, chez lui, une autre diathèse ne donnerait pas aux manifestations syphilitiques ces caractères insolites. D'après certains signes on peut croire à l'herpétisme.

En effet, depuis longtemps, aux mois de mars et d'octobre, il pousse par tout le corps de petits boutons rouges qui causent de vives démangeaisons. Il y a trois ans, au côté gauche, zona caractérisé par une éruption formant une demi-ceinture. Les boutons ont duré pendant un mois et n'ont laissé ni cicatrice ni névralgie. Jamais d'autre névralgie ni de rhumatisme. On prescrit des granules de Dioscoride.

Les jours suivants, amélioration sensible ; une seule épistaxis le 22 novembre.

1er décembre. — Les indurations et rougeurs des pommettes ont presque disparu. Le psoriasis des coudes s'écaille. Les ulcérations du pied sont en voie de cicatrisation. Quelques ulcères à la partie inférieure des fosses nasales.

15 décembre. — Le psoriasis des coudes a pris une teinte cuivrée. Les ulcérations du pied sont guéries ; celles de la jambe ont fait place à des cicatrices sans perte de substance, mais dont la coloration pâle tranche sur celle plus foncée de la peau voisine.

24 décembre. — Épistaxis très abondante ; apparition d'un éry-

pèle de la face partant probablement d'une des ulcérations nasales et qui dure jusqu'au 2 janvier.

8 janvier. — Les ulcérations des fosses nasales persistent, ainsi que le psoriasis des coudes. Le malade sort.

On prescrit un traitement mixte.

Le 1er février, le malade revient à la consultation. Il a suivi exactement le traitement prescrit. Il n'y a plus rien à la face. Les épistaxis ne sont pas revenues. La cicatrisation du gros orteil persiste. Pas d'amélioration aux coudes; gonflement des jambes, qui sont variqueuses.

Obs. LXVI. — *Plaie de la jambe par arme à feu chez un syphilitique. — Guérison, puis ulcération ne se cicatrisant que par le traitement spécifique.*

Paul V..., trente-sept ans, fort, bien bâti, fut blessé par un éclat l'obus le 17 janvier 1871. La plaie, très large et assez profonde, occupait environ la moitié inférieure de la face postérieure de la jambe; charpie imbibée d'eau phéniquée. Vers le mois de juillet la plaie était cicatrisée.

En juin 1872, il entra à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin: la plaie s'était rouverte et présentait à peu près les dimensions d'une pièce de 5 francs. On appliqua pendant quelques jours des cataplasmes, de la charpie imbibée d'eau phéniquée, puis un pansement aux bandelettes. Le malade resta six semaines à l'hôpital; la plaie ne guérit qu'un mois environ après sa sortie.

En janvier 1873, la plaie se rouvrit une seconde fois; elle eut bientôt cinq centimètres carrés en étendue, puis elle s'agrandit encore, lentement il est vrai, mais d'une façon continue. Le malade vient le 24 mars à la Pitié. La plaie avait alors une surface d'environ 8 centimètres carrés, à fond grisâtre, fongueux, à bords irréguliers, violets, boursouflés; douleurs très vives dans les chevilles. M. Verneuil soupçonne la syphilis; voici les antécédents du malade. Il y a vingt ans, chaudepisse qui dura un mois; depuis, aucun accident, mais à cette époque, Cullerier fit prendre, pendant dix-huit mois, une cuillerée à bouche de sirop de salsepareille ioduré par jour.

M. Verneuil prescrit l'application de cataplasmes sur la plaie, et à l'intérieur un gramme d'iodure de potassium chaque jour. En quatre ou cinq jours les douleurs cessent.

Le 3 avril, la plaie est bien détergée, la peau n'est plus enflammée au voisinage; pansement aux bandelettes de Vigo. On continue l'iodure à l'intérieur.

Le 11 avril, la plaie est rose, moins profonde, ses bords sont encore un peu saillants mais non plus violacés; elle a diminué de moitié. Plus de douleurs. Même traitement.

Le malade revient à la consultation tous les huit jours, et l'on peut constater les progrès rapides de la cicatrisation; le 23 mai la plaie, très superficielle, n'a plus que 2 centimètres de long sur 7 à 8 millimètres de large. Guérison complète en quelques semaines.

Obs. LXVII. — *Abcès sous-périostique dans l'enfance. — Syphilis vingt ans plus tard. — Gomme de la région anciennement malade.*

X..., jeune homme de vingt-sept ans, avait eu à l'âge de sept ans un abcès sous-périostique du tibia, dont il était complètement guéri depuis près de vingt ans, lorsqu'il gagna la syphilis. — La maladie, malgré les soins donnés par M. Fournier, devint très grave; bientôt ce jeune homme présenta, à la partie supérieure du tibia, une douleur atroce avec gonflement : c'était une gomme qui suppurait. La syphilis avait choisi, pour se fixer le point faible, le *locus minoris resistentiæ*. On a depuis longtemps remarqué que les ulcérations syphilitiques sont beaucoup plus graves sur les membres inférieurs, chez les individus affectés de varices[1].

RAPPORTS DE LA SYPHILIS AVEC LES COMPLICATIONS DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

Nos observations sont encore en trop petit nombre pour que nous puissions indiquer le rôle que joue la syphilis dans les complications des plaies; nous allons néanmoins dresser un cadre, qu'on pourra remplir plus tard avec de nouveaux faits.

§ 1. — Gangrène.

Nous avons trouvé dans Cazenave un cas de gangrène qui peut être inscrite à l'actif de la syphilis.

Obs. LXVIII. — Une femme affectée de syphilide serpigineuse au

[1] Verneuil, *Bull. de la Soc. anat.*, novembre 1874, p. 775.

atteinte pendant le cours du traitement de gangrène spontanée de la jambe droite. Mort au sixième jour.

« Est-ce l'effet de la syphilis elle-même, se demande l'auteur. Cette opinion, vers laquelle je penche, ne peut être fixée que par des faits. Plus tard d'autres observations viendront peut-être se grouper autour de celle-ci, pour éclairer cette question aujourd'hui si douteuse[1]. »

Dans l'observation suivante la gangrène, après avoir déterminé une éruption syphilitique, ne céda elle-même qu'au traitement spécifique[2].

Obs. LXIX. — X..., ouvrier teinturier, âgé de quarante-deux ans, dont la constitution avait été ruinée par des excès de tout genre, est obligé d'effectuer des travaux dont il n'a pas l'habitude; sa jambe droite rougit et se tuméfie, par suite de fatigue et peut-être de traumatisme. Cinq jours après, il s'était formé au centre un point noir. Trois semaines plus tard, eschare dure et sèche, grande comme une pièce de cinq francs, qui au bout de quatre jours se ramollit; on la détache; le fond grisâtre, infiltré, exhale une odeur de gangrène.

La gangrène s'étend, on applique le cautère actuel; face du tibia à nu dans l'étendue de plus d'un pouce dans tous les sens. Les progrès de la gangrène continuèrent, et alors apparurent sur diverses parties du corps des éruptions syphilitiques bien tranchées.

On remonte aux antécédents et, sous l'influence d'un traitement spécifique, un amendement notable s'opère dans l'affection gangréneuse, qui cesse de se produire et offre une tendance manifeste à la cicatrisation.

Sans pouvoir dire au juste ce qu'il faut attribuer à la syphilis dans les accidents survenus aux opérés des observations suivantes, nous croyons néanmoins devoir les consigner ici[3].

1. Cazenave, *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. Ier, p. 27.
2. J.-A. Moreau, Thèse citée, p. 30.
3. La syphilis n'a aucune tendance à produire la mortification des tissus. Si donc on voit survenir la gangrène chez les syphilitiques, il faut l'attribuer à quelque dyscrasie concomitante : alcoolisme, diabète, affection cardiaque ou hépatique; sans parler des gangrènes d'origine microbienne ou de causes mécaniques, dont rien ne met les vérolés à l'abri. — A. V. 1887.

Ligatures d'artères chez des syphilitiques[1].

Obs. LXX. — Homme de vingt-neuf ans, syphilitique, atteint d'un anévrysme dans le creux poplité. Inflammation et menace de gangrène du sac qui prend un volume énorme (42 pouces de circonférence). La rupture étant imminente, on fait la ligature de la fémorale dans le triangle de Scarpa.

Ouverture spontanée du sac. Issue de caillots sanguins; les jours suivants, inflammation de voisinage. Chute de la ligature au quinzième jour. Écoulement abondant de matière séro-sanguinolente infecte. Ecchymoses, puis eschares au petit orteil, à la malléole externe, au tiers inférieur de la jambe et au talon. Chute du petit orteil.

Mais l'état s'améliore. La plaie de la ligature était cicatrisée le vingt-septième jour; celle de l'ouverture de la tumeur se couvrait de bourgeons charnus. Cependant les eschares s'étendent, l'ulcération gagne en profondeur au point de faire songer à l'amputation. L'amélioration qui survint alors la fit différer. On cessa le pansement *à l'eau phagédénique* et la liqueur de van Swieten, par suite de l'inflammation des plaies. On emploie le cérat de Galien. — Quarante jours après l'opération, toutes les plaies étaient cicatrisées, à l'exception de celle du talon, qui était entretenue par une carie du calcanéum. On la traita par le feu. Guérison complète.

Obs. LXXI. — Homme de trente ans, syphilitique. Bubon inguinal qu'on ouvre au bistouri. Extirpation des ganglions de l'aine. Le lendemain, forte hémorrhagie arrêtée par un bandage compressif. Le lendemain, deux hémorrhagies abondantes. Ligature de l'iliaque externe. Stupeur, abattement les jours suivants.

Le troisième jour, nouvelle hémorrhagie par la plaie du bubon. ligature en masse. Trois jours après, gangrène de l'espace inguino-crural. Mort. — A l'autopsie, péritonite « passée dans plusieurs points à l'état gangreneux ».

§ 2. — Tétanos.

Nous n'avons trouvé qu'une observation de ce genre, et encore est-elle très ancienne.

1. Placide Portal (de Palerme). *Il filiatre sebezio*, janvier-avril 1839. An[illegible] dans *Gaz. méd.* Paris, 1839, p. 298.

Il s'agit d'un cas de tétanos survenu chez un syphilitique après l'amputation du bras. On fit en vain la résection de l'extrémité de l'os; ce ne fut qu'après avoir usé de frictions mercurielles que l'on obtint la cessation des spasmes tétaniques.

Obs. LXXII. — Un homme d'armes, le seigneur de Bollon, fut atteint au bras droit par un projectile de guerre. La blessure nécessita l'amputation du bras. Le bras guéri, la blessure entièrement cicatrisée, survint une espèce de convulsion qui, renversant la tête sur l'épaule droite et agitant fréquemment les mâchoires l'une contre l'autre, obligea le malade à tenir entre ses dents un linge qu'il mordait et broyait sans cesse. Il consulta nombre de médecins et de chirurgiens. Tous, d'un commun accord, déclarèrent que l'extrémité de l'os brisé par le projectile devait présenter une aspérité qui en irritant quelque nerf produisait la convulsion. Ils décidèrent qu'il fallait procéder à une résection de l'os et faire en sorte que l'extrémité en fût bien unie. Cette opération fut faite avec le plus grand soin. Elle demeura pourtant sans effet. Le malade continua à souffrir et perdit bientôt tout espoir de guérison.

Le hasard me conduisit auprès de lui. Il me parla de sa maladie. Il me vint à l'esprit que quelque virus syphilitique, latent, pouvait bien produire cette affection. Je lui demandai si, au moment où il avait été blessé, il n'avait pas quelque maladie vénérienne ou s'il n'en avait pas eu antérieurement. Il me répondit que quelque temps auparavant il avait eu une forte gonorrhée, qui cependant avait été complètement guérie. Cette réponse fortifia mes conjectures. Je conseillai au malade de prendre des remèdes antisyphilitiques. Il ne fit pas d'objections et se soumit volontiers à ce traitement. Après une purgation générale et une diète sudorifique, je lui ordonnai des frictions d'onguent mercuriel qui provoquèrent un ptyalisme. Au bout de trois jours, les spasmes et les convulsions cessèrent et le malade fut pour toujours délivré de son mal [1].

§ 3. — Névralgie traumatique secondaire.

Nous rappellerons ici un autre fait qui présente une certaine analogie avec le précédent. Il s'agit d'une névralgie opiniâtre,

1. Lazari Riverii (*Op. omnia*, obs. 10, p. 580. Genève, 1737). — Il ne s'agissait nullement ici de tétanos véritable. Certainement un syphilitique peut contracter

le même aspect que celle de la région temporale qui a diminué manifestement d'étendue. Application de cataplasmes de fécule sur les paupières.

Le 12 mai, les croûtes se sont reproduites, mais la syphilide de la région temporale est à peu près guérie. On applique encore les cataplasmes de fécule.

Le 2 juin, la syphilide de la région temporale est complètement cicatrisée, mais celles des paupières restent stationnaires. On emploie l'emplâtre de Vigo, et sous l'influence de ce médicament local, joint au traitement général, elles guérirent rapidement à gauche au bout de douze jours, et à droite au bout de quatorze.

Le 20 juin, la face étant complètement guérie, et le rétrécissement notablement amélioré, le malade sort avec ses fistules.

§ 5. — Infection purulente.

Ici nous tombons en pleine contradiction. J.-L. Petit, avons-nous déjà dit, pensait que la vérole prédisposait les blessés *au reflux des matières purulentes* (*Op. cit.*, p. 312).

Chassaignac n'est pas de cet avis. Se fondant sur vingt-cinq ou trente opérations pratiquées sur les individus atteints de syphilis constitutionnelle et qui n'ont pas présenté d'infection purulente, il s'est demandé s'il n'y aurait pas, entre la syphilis et cette complication des plaies, un antagonisme analogue à celui qu'on avait signalé antérieurement entre la tuberculose et la fièvre intermittente. Ne voulant pas juger définitivement une question de cette importance, il fit appel aux lumières de ceux qui avaient été à même de pratiquer souvent des opérations chez des syphilitiques [1].

Dolbeau, moins heureux que Chassaignac, cita le fait suivant.

Obs. LXXIV. — Amputation chez un sujet atteint de tumeur blanche du genou, et qui au moment de l'opération avait des taches syphilitiques sur tout le corps, après avoir suivi toute la série des accidents. Le malade mourut d'infection purulente [2].

Du reste, comme si l'exception confirmait ici la règle, nous avons

1. *Bull. de la Soc. de chir.*, 2e sér., t. III, 1862, p. 376.
2. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1862, p. 377.

trouvé un cas d'infection purulente chez un opéré du service de Chassaignac lui-même [1].

Obs. LXXV. — *Végétations syphilitiques de la vulve. — Excision. — Hémorrhagie. — Résorption purulente. — Mort.*

Une femme entra dernièrement à l'hôpital de Lourcine, dans les salles de Chassaignac, présentant une masse de végétations sur chacune des grandes et des petites lèvres. Le chirurgien voulut en pratiquer l'ablation; mais à peine en eut-il, avec des ciseaux, réséqué une petite portion, qu'il survint une hémorrhagie tellement abondante que l'on dut renoncer à l'excision et s'empresser d'arrêter le sang en touchant légèrement les surfaces avec l'acide nitrique. A peine ramenée à son lit, le malade dit se trouver assez bien et les accidents disparurent complètement. Mais au bout de huit jours, des accès fébriles se manifestent, affectant un type rémittent. Des abcès se forment dans diverses parties du corps : parois abdominales, genou droit, cuisse, parois de la poitrine. La maladie marcha avec une lenteur remarquable, et la femme finit par succomber à une résorption purulente, bien évidente pour Chassaignac.

Voici une autre observation, dans laquelle la pyohémie fut consécutive à l'amputation du col de l'utérus [2].

Obs. LXXVI. — Une femme de cinquante et un ans entre, le 16 juin 1873, dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin, pour un épithélioma du col de l'utérus. Elle avait eu, en 1868, des accidents

1. *Gaz. des hôpitaux*, 1847, 27, p. 114. — Nous n'avions pas réuni en 1875 assez e faits probants pour pouvoir consacrer un paragraphe spécial à l'*hémorrhagie* onsidérée comme complication attribuable à la syphilis, bien qu'une des obserations précédentes en fasse mention (Obs. LXXI). Depuis lors M Berger, dans sa thèse 'agrégation (p. 86) a rapporté un fait d'ablation des amygdales suivie d'une hémorhagie très abondante que M. Fournier attribue à la constitution syphilitique du ujet. On sait d'ailleurs que les anévrysmes sont fréquents chez les syphilitiques. n pourrait donc admettre chez eux une altération des parois vasculaires capable e s'opposer à l'hémostase ou encore une dyscrasie jouant le même rôle. Toutefis M. Dusterhoff n'admet pas l'influence de la syphilis dans la production des émorrhagies.

Tout récemment, MM. Hartmann et Pignot, ayant recherché les relations ui pouvaient exister entre les hémorrhagies et la syphilis, sont arrivés à cette onclusion, que si la syphilis congénitale et la syphilis acquise semblent constituer ne prédisposition aux hémorrhagies spontanées ou à la surface des ulcères spéifiques, rien ne prouve que la diathèse exercé son influence sur la production es hémorrhagies à la surface des plaies simples ou portant sur des tissus malades (*Ann. de dermat. et de syphil.*, 2e sér., t. VII, p. 1, 1887).

2. Seuvre, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 550.

syphilitiques, syphilides papuleuses, plaques muqueuses, iritis, ulcération ancienne du col.

A son entrée, on constate une tumeur villeuse, végétante, du volume d'une pomme, dont la pédicule semble fixé à la lèvre postérieure du col et qui saigne facilement. État général satisfaisant.

Le 21 juin, M. Desprès pratique l'ablation de la tumeur à l'aide de l'écraseur; une rondelle d'amadou caustique fut ensuite appliquée sur la plaie, et quelques tampons de coton furent introduits dans le vagin pour arrêter l'écoulement du sang.

Le 22, dans l'après-midi, frissons intenses; fièvre et frissons répétés les jours suivants, douleurs vives dans la cuisse et dans l'aine du côté gauche, diarrhée, ballonnement du ventre, dyspnée. Râles sous-crépitants dans la poitrine; affaissement complet. Mort le 28 juin.

A l'*autopsie*, on trouve de nombreux abcès métastatiques dans les deux poumons; les sinus utérins sont remplis de pus; on en trouve 150 grammes environ dans le cul-de-sac recto-utérin.

Sous ce titre : *Observation d'un cas de diathèse purulente née sous l'influence de la syphilis*, M. Lud. Michel, externe des hôpitaux de Marseille, a rapporté l'histoire d'un malade mort d'infection purulente, mais chez lequel la syphilis n'était rien moins qu'évidente[1].

Ce malade, agé de trente ans, est apporté sans connaissance à l'hôpital. Adonné à l'ivrognerie et à la débauche, il avait eu, paraît-il, la syphilis deux ans auparavant, mais on ne donne aucun détail sur cette affection.

Les phénomènes présentés pendant le séjour à l'hôpital firent diagnostiquer d'abord une méningite syphilitique (Bouisson) puis une fièvre typhoïde à forme méningitique (Roux, de Brignolles); mais malgré le traitement employé, le malade succomba le surlendemain de son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva du pus dans le cerveau, les méninges, la plèvre, le poumon, le foie, la paroi abdominable antérieure, et un abcès sous-épidermique du médius droit, assez volumineux, et ouvert le jour de la mort. Pas d'ulcération dans l'intestin, ni dans l'estomac.

Un chancre à la base du gland, sur lequel était encore une boulette de charpie.

M. Michel pense que l'infection purulente est née sous l'influence

1. *Marseille médical*, 1873, p. 23.

de la syphilis cérébrale, sans tenir compte du chancre de la verge, ni de l'abcès du doigt, qui constituait pourtant une porte d'entrée à l'infection; rien d'ailleurs ne vient confirmer l'existence de la syphilis, car aucune lésion spécifique n'est mentionnée dans l'observation.

§ 6. — Diphthérite des plaies.

Nous n'en pouvons donner qu'une seule observation, due à Merkel[1].

Obs. LXXVI. — Un homme de vingt-six ans est soumis aux frictions nercurielles, pendant six semaines, pour une syphilis. Guérison. Au out d'un an, il est opéré d'une hydrocèle par la méthode de l'incision. rois semaines après, la tunique vaginale était couverte de granutions, et les bords de l'incision presque réunis, quand, subitement, l y eut un épaississement de ces bords et la plaie prit un aspect iphthéritique. Application de sublimé sur la plaie; frictions merurielles. Guérison au bout de dix jours[2].

En résumé, certaines complications des plaies (gangrène, tétanos, évralgie, érysipèle, infection purulente, diphthérite) paraissent onc avoir eu pour point de départ les manifestations externes de syphilis, ou avoir elles-mêmes provoqué les manifestations d'une philis latente[3].

Elles agissent donc à la manière du traumatisme, lorsqu'elles sussent l'influence de la syphilis ou qu'elles en provoquent les mafestations.

La nature spécifique des accidents survenus ne semble ailleurs s douteuse, dans quelques cas où ils ont cédé au traitement antiphilitique.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil en arrière, nous voyons

1. Merkel, *Centralblatt für med. Wissenschaft*, 1871, et *Arch. gén. de méd.*, 72, 6e série, t. XIX, p. 335).

2. Ce fait a encore été cause d'une inexactitude de la part de MM. Dusterf et Bénicy: « Petit, disent-ils, cite cette observation comme la seule connue lui où la syphilis ait envahi une plaie diphthéritique. » — J'ai dit que parmi complications des plaies qui peuvent survenir chez les syphilitiques, la diphtrite avait été observée une fois par Merkel, mais non que la syphilis avait vahi une plaie diphthéritique, ce qui est le contraire.

3. Nous avons dû modifier un peu la rédaction de ce résumé, faite trop hâement au moment de la soutenance de notre thèse. — L.-H. Petit, 1887.

que les causes les plus diverses ont provoqué des manifestations de la diathèse apparente ou latente, dans la région blessée ou dans une région éloignée. Ces causes sont tantôt minimes (écorchures, petite plaie, ouverture d'abcès, saignées, vésicatoire, tantôt graves (plaies par arme à feu, fracture, luxation, gangrène, érysipèle, etc.).

Dans notre introduction, nous avons essayé *théoriquement* de démontrer pourquoi toutes les plaies, chez les syphilitiques, ne prenaient pas l'aspect ulcéreux, et pourquoi toutes les lésions ne donnaient pas lieu à des éruptions spécifiques. Les observations que nous avons rapportées n'ont fait que confirmer nos arguments.

Dans les cas où une lésion légère a suffi pour faire apparaître des accidents souvent fort graves et fort rebelles, le malade devait être nécessairement en *imminence morbide*. La lésion n'a fait alors qu'avancer le jour où la diathèse devait éclater.

Lorsque, au contraire, il a fallu une lésion grave pour provoquer l'éclosion de la syphilis, il est probable que celle-ci serait restée pendant longtemps encore à l'état latent et qu'une modification profonde, une violente secousse imprimées à l'organisme, ont pu seules la réveiller. Avec ces cas nous pouvons ranger ceux dans lesquels des frottements longtemps répétés ont été suivis d'accidents, et où une irritation peu intense à la vérité, mais continue, a produit à la longue les mêmes résultats qu'un traumatisme grave. Nous pouvons dès lors accepter l'opinion de Thoman et des chirurgiens militaires dont il parle. D'après eux, en effet, l'aspect particulier que prend une blessure chez un syphilitique, n'est dû qu'à l'irritation produite par les frottements qu'on ne peut éviter.

Nous avons supposé que dans les cas où les accidents étaient survenus à la suite de graves traumas, la syphilis serait sans eux restée à l'état latent pendant un temps plus ou moins long. Ne peut-on admettre maintenant que la syphilis soit assez neutralisée à un moment donné pour que rien ne puisse la provoquer? Que le syphilitique se blesse dans ces conditions, qu'on lui pratique une opération chirurgicale, et il guérira comme s'il était sain. Ces cas sont d'ailleurs les plus communs, car tous les chirurgiens qui ont été conduits par leur expérience à penser que la syphilis pouvait entraver la cicatrisation des plaies, ont fait suivre à leurs malades un traitement approprié avant de les opérer. Telles sont, d'après nous, les raisons pour lesquelles un syphilitique peut souvent se blesser ou être opéré impunément.

Ces données nous paraissent de la plus haute importance pour la

chirurgie générale et les opérations. Puisque la syphilis peut dans certains cas imposer aux plaies une marche anormale et amener les insuccès dans les opérations, et que l'on peut éviter ces insuccès grâce à une certaine préparation du malade, on devra donc, lorsqu'on aura un syphilitique à opérer, et que l'opération ne sera pas urgente, prendre les précautions nécessaires pour sa réussite. Ces précautions consistent à attendre assez longtemps pour que les manifestations de la diathèse paraissent bien guéries, et à donner en même temps le traitement antisyphilitique.

Tout en regrettant que les observations sur lesquelles nous appuyons nos conclusions ne soient pas plus nombreuses, et reconnaissant d'ailleurs la part de la théorie dans les idées que nous avons émises, il nous semble que l'on peut, jusqu'à nouvel ordre, émettre les propositions suivantes :

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Chez les sujets atteints de syphilis grave, comme chez ceux qui, dans une syphilis ordinaire, n'ont pas encore suivi de traitement ou ne l'ont suivi que pendant un temps insuffisant, les lésions traumatiques peuvent présenter un aspect particulier ou suivre une marche anormale.

2° Elles présentent ces caractères immédiatement après la blessure, ou quelques jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois plus tard.

3° Cet aspect varie : tantôt la plaie devient une véritable syphilide; tantôt elle s'ulcère sans prendre l'aspect syphilitique et ne guérit pas ; tantôt enfin, sans s'ulcérer, elle ne se cicatrise pas ou ne se cicatrise que lentement.

4° Lorsqu'il y a des manifestations syphilitiques au moment de la blessure, l'aspect que revêt celle-ci est analogue aux syphilides en voie d'éruption.

5° Lorsqu'il n'y a pas de manifestation actuelle, la plaie revêt en général l'aspect d'une manifestation tardive de la période secondaire, du rupia en particulier.

6° Le traumatisme survenant chez des syphilitiques dont la diathèse est à l'état latent depuis une époque plus ou moins éloignée, peut provoquer des accidents syphilitiques occupant soit la région blessée (*manifestation locale*), soit un point du corps éloigné de

cette région (*manifestation à distance*), soit une surface plus ou moins étendue du corps (*manifestation générale*).

7° Ces accidents sont provoqués aussi bien dans la période tertiaire que dans la période secondaire.

8° La syphilis peut se localiser fréquemment dans une région qui, avant toute manifestation syphilitique, primitive, secondaire ou tertiaire, avait été le siège d'une lésion traumatique.

9° L'accident syphilitique pourra revêtir alors la forme soit d'une ulcération qui détruira la cicatrice, soit d'une tumeur qui suivra la marche ordinaire des gommes.

10° Une fois développées, les syphilides traumatiques ont le plus souvent les mêmes caractères et guérissent par le même traitement que les syphilides spontanées.

11° Dans certains cas, les complications vulgaires des plaies paraissent avoir eu pour cause déterminante la syphilis.

12° Dans d'autres, ces complications ont pu provoquer des manifestations syphilitiques.

13° Au début, la nature spécifique des syphilides traumatiques et des complications des plaies est en général assez difficile à reconnaître, car on manque presque toujours de renseignements suffisants; mais lorsqu'on verra une plaie prendre une apparence ulcéreuse ou traîner en longueur sans cause appréciable, et sans présenter les caractères connus d'une autre diathèse, on devra songer à la syphilis et administrer un traitement approprié.

14° Avant de pratiquer une opération non urgente, en particulier l'autoplastie, chez un sujet qui peu de temps auparavant aura présenté des symptômes de syphilis constitutionnelle, il sera prudent de donner encore du mercure ou de l'iodure de potassium.

15° Si cette opération échoue une première fois, on attendra quelque temps encore, on remettra le malade au traitement, et l'on n'opérera que six mois au moins après la disparition des accidents syphilitiques.

CONCLUSIONS DE M. DUSTERHOFF (1878)

1° Les manifestations contagieuses de la syphilis n'ont en général aucune influence sur la marche des plaies.

2° Les contusions à la surface du corps, l'irritation permanente des plaies, etc., peuvent donner lieu pendant la période contagieuse

de la syphilis, à des manifestations syphilitiques au siège même de l'irritation, sans que pour cela la guérison des plaies soit notablement entravée.

3° L'irritation permanente des plaies, les mauvaises conditions hygiéniques, une cure antisyphilitique trop forte, les influences débilitantes avant et après la blessure, un mauvais pansement, entravent bien plus la guérison des plaies que la syphilis constitutionnelle.

4° Chez les syphilitiques, dans la première période, les plaies qui se trouvent dans le voisinage immédiat de l'induration, peuvent guérir par première intention.

5° La syphilis latente, dans ses formes légères, n'exerce, en général, aucune influence sur la marche des plaies.

6° La modification de la nutrition pendant la guérison des lésions graves favorise l'état latent de la syphilis : dès que la cicatrisation est terminée, et que les phénomènes de nutrition rentrent dans leur état normal, la syphilis peut se manifester de nouveau au point même qui a été lésé ou sur toute autre partie du corps.

7° La syphilis latente, même dans ses manifestations tardives, n'empêche pas, en général, la réunion par première intention des plaies résultant d'opérations chirurgicales.

8° Les opérations plastiques faites dans les sièges de prédilection de la syphilis échouent souvent, surtout lorsque le traitement spécifique avant l'opération a été insuffisant. La syphilis apparaît à l'endroit opéré et les tissus sont détruits.

9° Quand on constate, avant les opérations plastiques, une tuméfaction ganglionnaire annonçant l'existence de la syphilis, il est indiqué de soumettre le malade à un traitement antisyphilitique avant d'opérer.

10° Les éruptions non contagieuses de la syphilis tertiaire, quand elles sont progressives, créent des conditions défavorables à la guérison des plaies ; quand, au contraire, elles sont dans une période de régression ou complètement guéries, à la suite d'un traitement spécifique, la marche de la cicatrisation des plaies est favorable.

11° Le mauvais état des ulcères chroniques chez les syphilitiques tertiaires dépend de la région et des conditions mécaniques.

12° La syphilis osseuse non seulement favorise les fractures, mais peut encore entraver ou empêcher définitivement la consolidation.

13° Si, d'une part, dans la majeure partie des cas, la consolidation des fragments s'opère chez des individus atteints de syphilis osseuse très étendue, si d'autre part, dans quelques cas, cette con-

solidation n'a pas lieu, il faut en chercher la cause dans les lésions diverses que la syphilis amène dans le tissu osseux, ou dans la cachexie syphilitique.

14° Le mercurialisme a été considéré, à tort, comme favorisant les fractures.

15° Le traitement administré avec précaution chez les syphilitiques n'empêche pas la formation du cal.

16° L'abus de l'emploi du mercure conduit au marasme et peut entraver la formation du cal.

17° Chez les syphilitiques invétérés, notamment dans la syphilis osseuse, et avec un organisme épuisé, on remarque sur les plaies une gangrène spéciale qui cède à un traitement antisyphilitique.

18° Il n'est pas prouvé que la syphilis constitutionnelle prédispose à l'hémorrhagie des plaies.

19° La syphilis constitutionnelle chez les blessés n'a aucun rapport avec la pyohémie.

CONCLUSIONS DE M. FOLINEA (1879)

Des faits rapportés ci-dessus nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° La sclérose initiale[1] transforme en indurations syphilitiques les plaies accidentelles ou chirurgicales, en continuité avec elle.

2° La sclérose initiale, dans les lésions traumatiques situées à distance, n'a aucune influence modificatrice sur elles.

3° La période qui s'étend entre la sclérose initiale et les manifestations générales, surtout dans le début de celles-ci, n'a aucune action sur les lésions produites par le trauma.

4° La syphilis, dans la période inflammatoire (secondaire) *in actu*, agit toujours sur les lésions traumatiques en y faisant naître des lésions spécifiques.

5° Les transformations des lésions traumatiques survenant lorsque la syphilis récente est *in actu*, peuvent revêtir les caractères de la manifestation syphilitique, qu'elle se trouve près ou à distance du trauma.

6° La syphilis inflammatoire *in actu*, lorsqu'elle ne change pas la lésion traumatique en lésion spécifique, agit sur la solution de con-

1. Sous le terme de *sclérose initiale*, M. Folinea désigne le chancre induré.

tinuité de façon que, sans la tranformer en ulcère syphilitique, elle la rend stationnaire; celle-ci ne guérit alors que par le traitement spécifique.

7° La syphilis néoplasique (tertiaire) elle-même a une action négative, que le trauma soit ou non à distance des manifestations syphilitiques; cependant elle peut encore, dans certaines circonstances, transformer une blessure en une syphilide ulcéreuse ou la rendre stationnaire.

8° La syphilis, dans les intervalles de latence de la période secondaire, agit comme lorsqu'elle est en activité, soit en faisant prendre à la lésion des caractères spécifiques, soit en empêchant sa guérison lorsqu'on n'a pas recours au traitement mercuriel.

9° La syphilis latente, dans la période néoplasique, a rarement une action spécifique sur la marche d'un trauma quelconque, qui presque toujours reste complètement indifférent à la diathèse syphilitique.

10° Les lésions traumatiques chez les syphilitiques peuvent devenir le point de départ de nouvelles manifestations spécifiques.

11° Les lésions traumatiques dans la syphilis récente, patente ou latente, peuvent devenir le point de départ de nouvelles manifestations syphilitiques localisées au siège du trauma.

12° Les lésions traumatiques chez les syphilitiques peuvent faire éclater des éruptions à une distance plus ou moins grande. Cela a lieu surtout dans la période inflammatoire, rarement dans la période néoplasique.

13° Chez les syphilitiques, un trauma peut être de nouveau le point de départ d'une lésion spécifique, soit dans la seconde période, soit dans la troisième.

14° Une lésion traumatique chez un individu non syphilitique, et qui plus tard vient à être infecté, peut devenir le point de départ des manifestations de la syphilis.

CONCLUSIONS DE M. LALANNE (1880)

1° Le traumatisme de l'œil peut y déterminer des accidents syphilitiques, alors même qu'il survient chez des vérolés dont la diathèse est à l'état latent depuis une époque plus ou moins éloignée.

2° La nature spécifique de ces accidents ne peut être démontrée

que par la rapidité avec laquelle ils guérissent sous l'influence du traitement mercuriel.

3° L'accident provoqué est presque toujours l'iritis spécifique.

4° Il nous est impossible, vu le petit nombre de cas qu'il nous a été donné d'observer, de nous prononcer sur la fréquence de l'iritis syphilitique d'origine traumatique. Nous la croyons cependant rare.

5° Cette manifestation diathésique se montre surtout chez les sujets syphilitiques, lorsque le traitement a été nul ou insuffisant.

6° L'iritis syphilitique survient très rarement à la suite de traumatisme siégeant sur un point du corps éloigné de l'œil.

7° Cet accident est provoqué aussi bien dans la période tertiaire qu'à la période secondaire de la syphilis.

8° L'influence de la diathèse syphilitique sur les opérations oculaires nous paraît démontrée.

9° La lésion qui sous l'influence diathésique complique le plus souvent le traumatisme oculaire, chirurgical ou accidentel, est encore l'iritis syphilitique.

10° Ces complications sont fréquentes.

11° Elles se montrent surtout chez les syphilitiques chez lesquels le traitement diathésique a été négligé ou n'a pas été fait.

12° Cette manifestation syphilitique est justiciable du traitement mercuriel et de l'emploi de l'iodure de potassium.

13° Avant de pratiquer une opération oculaire chez un sujet syphilitique qui peu de temps auparavant a présenté des symptômes de syphilis constitutionnelle, il sera indispensable de le remettre, pendant un temps assez long, au traitement mercuriel et ioduré.

14° Si cette opération échoue une première fois, le malade sera remis au traitement mercuriel, et l'on n'opérera que six mois au moins après la disparition des accidents syphilitiques.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS DE M. GELLÉ (1885)

1° Dans la syphilis héréditaire, on peut observer :

a. Chez les nouveau-nés, deux ordres de lésions : des décollements épiphysaires et des fractures soit juxta-épiphysaires, soit au milieu même de la diaphyse, lésions qui donnent lieu à des pseudo-paralysies ;

b. Chez des enfants plus âgés, des fractures qui évoluent et s

consolident sans traitement spécifique, comme des fractures chez des individus sains, bien que dans certains cas l'enfant ait présenté quelque temps après des lésions spécifiques (gommes).

2° La syphilis acquise, presque toujours dans sa période tertiaire :

a. Constitue une cause prédisposante aux fractures, cause qui apparait des plus nettes dans nombre de fractures spontanées, soit que la syphilis ait engendré une altération générale du système osseux, comme paraissent le démontrer quelques rares observations, soit qu'elle ait déterminé une lésion locale qui a diminué en ce point la résistance de l'os ;

b. Retarde, dans un certain nombre de cas, la consolidation des fractures; quelquefois est une cause de pseudarthrose, bien que, dans la majorité des cas, la fracture se consolide à la suite d'un traitement approprié;

c. Peut causer l'ulcération spécifique de la plaie en voie de cicatrisation en cas de fracture compliquée;

d. Dans quelques cas, se manifeste au niveau de cicatrices, de cals, qui constituent un *locus minoris resistentiæ.*

Conclusions. La syphilis semble donc avoir un rôle nettement établi dans la genèse et l'évolution des fractures; elle paraît pouvoir se manifester tardivement au niveau d'une fracture ancienne; aussi, dans tous les cas où l'on observera soit une fracture qui ne paraît pas en rapport avec l'intensité du traumatisme, soit un retard ou un manque dans la consolidation, on devra songer à la syphilis, la rechercher, la traiter, en même temps qu'on mettra en œuvre les autres moyens dont on dispose pour amener la consolidation.

[Les citations qui précèdent montrent suffisamment les progrès faits depuis quelques années, et surtout depuis la thèse de M. L.-H. Petit, sur une question encore si obscure et si controversée il y a vingt ans. Aujourd'hui l'accord est bien près de se faire entre les observateurs, et les sceptiques deviennent bien rares. — A. V. 1887.]

LE TRAUMATISME ET LES PROPATHIES

OU

ÉTATS CONSTITUTIONNELS ANTÉRIEURS

Les mots usuels ou usités, quand ils sont clairs, doivent être préférés aux néologismes qui nécessitent au moins une traduction préalable. Les mots nouveaux cependant sont utiles, sinon indispensables, quand ils représentent des idées nouvelles, car ils remplacent à eux seuls plusieurs termes différents ou même traduisent brièvement des périphrases.

C'est dans cette dernière intention que je viens proposer le terme *propathie*, de προ, avant, et παθος, affection, souffrance.

Dans les recherches que je poursuis, j'examine les rapports du traumatisme avec des *états pathologiques* très variés, mais qui ont tous pour caractère commun d'être *antérieurs* à la blessure; il s'agit tantôt de diathèses congénitales ou acquises, tantôt d'états généraux temporaires, tantôt d'états physiologiques passagers, tantôt enfin et seulement, d'affections portant sur un seul système, un seul appareil, un seul organe.

Dans le langage actuel, aucun vocable ne s'appliquant à tous les membres de cette série, nous sommes obligés d'employer le terme d'*états pathologiques antérieurs*, qui est long et d'un emploi difficile en composition. Je propose de lui substituer le mot de *propathie*.

Toute maladie, affection ou lésion, toute augmentation, diminution ou perversion physiologique, pourra figurer dans le cadre des propathies, pourvu qu'elle existe au moment où le traumatisme viendra frapper l'économie. Il est même des cas qui rentrent dans mon programme, ou la blessure sera elle-même propathique, par rapport à une affection intercurrente par exemple.

Je n'insiste pas davantage. Si mon néologisme est bon, il sera sans

doute adopté; s'il paraît superflu, il sera délaissé, comme tant d'autres, et le dommage ne sera pas bien grand [1].

TRAUMATISME ET SYPHILIS

Voici d'abord une observation très complète de M. le Dr Gross, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, jeune chirurgien laborieux et instruit que je suis heureux de compter parmi les partisans convaincus de mes études favorites.

Obs. I — *Amputation de la jambe gauche pour un pied bot varus ancien. — Syphilis méconnue. — Accidents syphilitiques généraux et locaux. — Traitement par les injections hypodermiques de sublimé et les frictions mercurielles. — Guérison.*

En août 1876, je trouve à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Léon, Marie R..., domestique, âgée de vingt-sept ans, de constitution robuste, demandant instamment à être débarrassée par l'amputation d'un pied bot congénital qui la gêne considérablement et l'empêche de gagner sa vie.

Après avoir reconnu qu'il n'y avait en effet aucune chance de corriger cette difformité à cause de son ancienneté, des modifications survenues sous l'influence de la marche, et de l'état d'atrophie de tout le membre inférieur gauche, j'exposai à la malade les dangers de l'opération et l'engageai à réfléchir mûrement.

R... continuant à insister, je l'opère le 9 septembre au matin.

Après chloroformisation et application de l'appareil d'Esmarch, je pratique l'amputation de la jambe à la partie moyenne, par la méthode circulaire. — L'hémostase assurée, j'applique un pansement ouaté.

L'examen anatomique du pied amputé nous montre tous les caractères du varus congénital ancien avec atrophie et dégénérescence graisseuse des muscles, etc.

Dans la journée, quelques douleurs dans le moignon; le pansement est légèrement taché de sang à sa partie postérieure et supérieure. — P. 96; T. 38°. Le soir, injection hypodermique de chlorhydrate de morphine. Nuit passable. — Peu de sommeil.

1. J'ai pour la première fois donné la définition des *propathies* et de leur rôle dans la pathologie chirurgicale à propos de l'article suivant, inséré dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, mai 1879, p. 353.

10 septembre. — Les douleurs persistent dans le moignon. Langue chargée; inappétence, soif, constipation. — Un verre d'eau de Sedlitz. — Matin, P. 88; T. 38°,2; le soir, P. 100; T. 38°,6.

11 septembre. — La fièvre augmente; le matin, P. 96; T. 39°.

En tâtant le pouls, grande est ma surprise de découvrir un exanthème avec tous les caractères d'une syphilide papuleuse. — De grosses papules d'une teinte rouge foncé parfaitement caractéristique couvrent les mains et les avant-bras. Elles sont plus discrètes sur le tronc; à la face, on remarque quelques rares boutons sur le front et autour du nez.

Je découvre ensuite des ganglions engorgés à la nuque et aux aines, puis quelques croûtes sur le cuir chevelu. En outre, j'apprends que la fille R... a été reçue à l'hôpital sous la rubrique « teigne » et nullement pour son pied bot. Enfin mon opérée m'avoue, non sans peine, avoir fait deux ans auparavant un séjour de plusieurs semaines au service des maladies syphilitiques et avoir été traitée à cette époque pour des « boutons qu'elle avait aux parties ».

Le doute n'était plus possible : *mon amputée était une syphilitique*, et j'ai eu à me faire le grand reproche de ne pas l'avoir suffisamment examinée avant l'opération.

J'avais surtout de grandes craintes pour la plaie opératoire. Toutefois le pansement étant en bon état, bien que légèrement taché par le sang à la partie supérieure, je remets au lendemain son changement, mais j'institue immédiatement un traitement antisyphilitique par les injections hypodermiques (tous les matins, injection d'un centigramme de sublimé en solution albumineuse).

Le soir de ce même jour, la température est tombée à 37°, 2. Le pansement est sali en arrière par un liquide purulent.

12 septembre. — L'exanthème syphilitique a augmenté, notamment à la face et au tronc. La fièvre est tombée : matin, P. 80; T. 36°,6; le soir, P. 88; T. 37°. L'appétit revient. Les nuits sont bonnes.

13 septembre. — Même état. Matin, P. 84; T. 36°, 8; le soir, P. 88; T. 37°, 6.

14 septembre. — L'exanthème syphilitique est plus abondant; tout le corps en est couvert. Matin, P. 76; T. 37°; le soir, P. 88; T. 37°, 2.

15 septembre. — L'exanthème semble arrivé à son maximum d'intensité. Matin, P. 84; T. 36°, 6; le soir, P. 96; T. 37°, 6.

16 septembre. — L'éruption n'augmente plus. L'état général est bon, la fièvre nulle. Matin, P. 80; T. 36°,6; le soir, P. 100; T. 37°, 4.

17 septembre. — Les nuits sont toujours bonnes, et la fièvre nulle. P. 84; T. 37°.

Le pansement est sali par le pus et répand une odeur très prononcée.

Très désireux d'ailleurs de savoir s'il n'y a pas quelque manifestation syphilitique du côté de la blessure, j'enlève le coton qui enveloppe le moignon.

La plaie a fourni environ une cuillerée de pus de bonne nature. Les bourgeons charnus sont remarquablement beaux. Légère mortification (environ un centimètre carré de surface des téguments) à la partie externe de la manchette cutanée.

Un nouveau pansement au coton est appliqué.

19 septembre. — L'apyrexie est complète. L'exanthème pâlit.

21 septembre. — Le pansement est renouvelé; la suppuration est plus abondante que précédemment. Les bourgeons charnus sont bien développés; la plaie se rétrécit, la mortification de la manchette ne s'est pas étendue.

23 septembre. — Le pansement est traversé par le pus; on le renouvelle. La plaie a très bon aspect.

L'exanthème continue à pâlir; les papules s'affaissent.

26 septembre. — Nouveau pansement; la plaie se rétrécit notablement et ne présente plus que 9 centimètres de diamètre.

28 septembre. — On constate, sur la limite externe de la plaie, deux échancrures en demi-lune, qui indiquent manifestement un *commencement d'ulcération*. — Le pus est plus liquide et plus clair. — La plaie est pansée avec de l'onguent mercuriel simple.

Depuis quelques jours, la malade se plaint beaucoup des piqûres produites par la seringue de Pravaz. Celles-ci ont donné des nodosités douloureuses sur plusieurs points du corps.

Les injections hypodermiques de sublimé sont remplacées par les frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel double, et la malade est mise au régime de trois soupes maigres par jour. — Tisane de salsepareille.

29 septembre. — L'ulcération a envahi la moitié externe de la circonférence de la plaie et progresse par petits segments circulaires d'une parfaite régularité. — Le diamètre de la plaie opératoire a augmenté d'un centimètre et demi.

1er octobre. — Le liséré cicatriciel a disparu partout, et la plaie ne représente plus qu'un vaste ulcère syphilitique à bords très régulièrement échancrés et festonnés. L'ulcère mesure 12 centimètres 1/2 en largeur et 10 centimètres 1/2 en hauteur.

4 octobre. — La marche envahissante de l'ulcération semble arrêtée. Accidents de stomatite mercurielle (gargarisme au chlorate de potasse). Les frictions ne sont plus faites que tous les deux jours et avec trois grammes d'onguent seulement.

5 octobre. — L'exanthème spécifique est réduit à des taches couleur feuille morte.

6 octobre. — Les bords de l'ulcère se régularisent. — Les échancrures s'effacent.

10 octobre. — Les manifestations syphilitiques diminuent de plus en plus. — L'ulcère du moignon prend meilleur aspect; par places, le liséré cicatriciel réapparaît. La stomatite mercurielle persiste avec la même intensité.

12 octobre. — Le travail cicatriciel reprend le dessus. Le diamètre de la plaie a diminué de un demi centimètre. L'état des bourgeons et de la suppuration s'améliore. La stomatite est moins intense.

14 octobre. — La plaie est en bonne voie de cicatrisation. — Les taches de la peau sont très pâles. — La stomatite a disparu.

Les frictions mercurielles sont supprimées. Un gramme d'iodure de potassium par jour.

18 octobre. — La cicatrisation marche rapidement.

20 octobre. — La plaie a moins bon aspect; tendance à l'ulcération sur le bord externe. — Je fais ajouter 0gr,005 de biiodure de mercure à la potion iodurée.

1er novembre. — La cicatrisation avance très lentement. Attribuant cette circonstance à un état anémique très prononcé, conséquence du traitement antisyphilitique, je prescris du vin de quinquina et des pilules de Vallet.

15 novembre. — La plaie est réduite aux dimensions d'une pièce de deux francs. La potion iodurée mixte est remplacée par une potion iodurée simple (1 gramme d'iodure de potassium par jour).

1er décembre. — La petite plaie du moignon reste dans un état absolument stationnaire. Toute trace d'exanthème a disparu.

Janvier 1877. — Malgré tous les soins apportés au traitement général, la plaie ne se cicatrise pas. — La santé générale de l'opérée s'est pourtant considérablement améliorée. La potion iodurée est supprimée.

Février. — L'état du moignon est toujours le même, mais il faut ajouter que la fille R... est accusée par le personnel du service d'entretenir la plaie et d'en retarder la cicatrisation pour ne pas être renvoyée de l'hôpital. La meilleure preuve que telle a été la vérité est que la fille R... a été rapidement guérie quand, renvoyée de l'h-

pital Saint-Léon, le 2 mars, elle a été évacuée au service des syphilitiques à la maison de secours, où le régime des malades est moins confortable.

Depuis cette époque, la fille R... s'est à plusieurs reprises présentée à la consultation de l'hôpital Saint-Léon, et j'ai pu m'assurer de la parfaite cicatrisation de son moignon.

Je résumerai mon observation ainsi qu'il suit:

1° Une amputation de jambe est pratiquée chez une syphilitique pour un pied bot ancien, la maladie constitutionnelle étant méconnue.

2° Le *traumatisme opératoire* provoque le troisième jour un *rappel de diathèse* sous forme d'un exanthème généralisé (syphilides papuleuses) qui progresse jusqu'au septième jour, commence à pâlir le onzième, se transforme en tâches couleur feuille morte le vingtième et persiste sous cet aspect pendant deux mois environ.

3° L'*influence de la syphilis sur la blessure opératoire* se révèle le dix-neuvième jour par une *ulcération de la plaie* qui s'étend en superficie jusqu'au vingt-quatrième jour et reste stationnaire jusqu'au vingt-neuvième, où elle reprend sa marche vers la guérison. La cicatrisation marche avec une lenteur extrême et n'est terminée qu'au bout de six mois environ.

4° Le traitement antisyphilitique a consisté en injections hypodermiques de sublimé (14 injections avec 1 centigramme de sublimé en solution albumineuse), frictions mercurielles (9 frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain, 5 frictions avec 3 grammes), potion avec 1 gramme d'iodure de potassium et 5 milligrammes de biodure de mercure; enfin potion avec 1 gramme d'iodure de potassium seul.

Telle est l'observation de M. Gross ; elle offre un bel exemple de ce que j'appelle l'influence bilatérale, caractérisée par la réaction réciproque de la blessure sur la diathèse et de la diathèse sur la blessure. Seulement je remarque que la première de ces réactions a été beaucoup plus rapide que la seconde, puisque l'éruption syphilitique a paru trois jours après l'opération, tandis que la plaie, fort belle au début, n'a pris l'aspect syphilitique qu'au dix-neuvième jour. A la vérité, si le réveil de la diathèse a paru si prompt, c'est que la syphilis secondaire existait, faible sans doute, mais manifeste, au moment de l'amputation. L'éruption papuleuse en effet a éclaté soudainement le troisième jour ; mais l'examen du corps, fait alors avec soin, permit de reconnaître une adénopathie

cervicale et une éruption croûteuse du cuir chevelu qui évidemment étaient de date antérieure à la blessure chirurgicale.

Il n'y a donc eu ici ni rappel ni réveil de la diathèse, mais simplement vive recrudescence d'un mal actuellement en vigueur. Pour qui connaît l'action excitatrice et stimulante du traumatisme, le fait se comprend mieux, sans toutefois s'expliquer plus aisément. En tout cas, il paraît assez commun, car j'ai pu en recueillir un second spécimen qu'on lira plus loin.

La réaction de la diathèse sur la plaie a été plus tardive et je crois que les choses se passent ordinairement ainsi pour la syphilis comme pour la scrofule. Dans les deux cas, les premières phases du processus traumatique sont normales; la détersion, la granulation, la suppuration, en un mot les actes préparatoires de la cicatrisation, s'accomplissent naturellement, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que, les bourgeons charnus devenant malades à leur tour, le travail de réparation est arrêté.

Toujours est-il que la plaie d'amputation a pris l'aspect des syphilides ulcéreuses et l'a gardé fort longtemps. Il est d'ailleurs naturel que la syphilis prenne cette forme en attaquant un tissu aussi fragile et aussi imparfaitement organisé que la membrane granuleuse récente.

En dépit d'un traitement énergique, la cicatrisation a été fort lente; c'est ce que j'ai jadis observé de mon côté à la suite d'une amputation de jambe, en cas de syphilis méconnue [1].

M. Gross s'accuse de n'avoir pas examiné assez scrupuleusement sa malade et d'avoir méconnu une syphilis patente. La faute existe sans doute, mais avec circonstances atténuantes, car le diagnostic d'une diathèse peut être rendu très difficile quand les malades trompent le chirurgien ou se trompent eux-mêmes; j'en donnerai tout à l'heure une preuve personnelle.

L'erreur a été maintes fois et sera vraisemblablement encore commise, et elle a pour inconvénient de faire pratiquer de temps en temps des opérations inutiles ou inopportunes; on ne saurait donc trop recommander aux praticiens l'enquête préalable aussi complète que possible.

A la vérité, pour la syphilis plus peut-être que pour toute autre propathie constitutionnelle, les réactions de la diathèse sur le trauma et du trauma sur la diathèse sont tellement caractéristiques, que le

1. Note sur une série de vingt-sept grandes amputations. Obs. V. — Arch. *gén. de médecine*, mars 1878 (Voy. *Mémoires de Chirurgie*, t. II, p. 402).

diagnostic, s'il a été malheureusement tardif, devient sur-le-champ de la dernière évidence.

C'est bien ici qu'on pourrait appliquer, en le modifiant légèrement, l'axiome ancien et dire : *Naturam morborum ostendunt traumaticæ complicationes.*

Dans l'observation suivante, nous constatons également l'influence bilatérale ou réciproque, mais en sens inverse, c'est-à-dire que la diathèse, prenant les devants, empêche le travail réparateur de la blessure et ne se révèle par aucun autre indice. Ne soupçonnant pas la vraie cause de la non-consolidation, le chirurgien intervient exclusivement dans le foyer traumatique ; il blesse, il irrite, il enflamme vivement ce dernier. Alors la propathie s'émeut à son tour et se manifeste en plusieurs points et d'une façon non équivoque. Sans cette succession de traumas et cette stimulation de l'économie réitérée et partant d'un même point, l'influence serait peut-être restée unilatérale, s'exerçant seulement de la syphilis sur la formation du cal. Cette remarque n'est peut-être pas sans intérêt, et j'y insisterai d'autant plus qu'en ces questions de pathogénie encore si obscures il ne faut pas craindre de chercher la vérité à l'aide même des hypothèses.

Il n'est pas impossible que la propathie latente reste telle en face d'un trauma minime, circonscrit, apyrétique, peu douloureux, en un mot ébranlant à peine l'économie, et qu'elle ne se réveille qu'à l'occasion d'une blessure plus grave, provoquant une réaction plus intense, ou qu'en d'autres termes la diathèse reste indifférente devant la lésion et soit au contraire réveillée par la maladie.

On pourrait appuyer cette supposition par des exemples empruntés à d'autres propathies, l'alcoolisme par exemple ; depuis l'introduction des pansements antiseptiques, les blessures chez les sujets adonnés aux boissons spiritueuses ont certainement perdu de leur gravité, et je ne porte plus sur elles l'effrayant pronostic que je formulais en 1870. Mais je crois pouvoir affirmer que cette atténuation de la gravité est surtout en rapport avec la diminution de la fièvre traumatique ou le retard dans son apparition.

J'ai fait la même remarque pour une blessure chez un diabétique ; bien qu'elle fût assez grave et particulièrement apte à contracter la gangrène, puisqu'il s'agissait d'un écrasement d'un doigt dans une machine, la plaie, immédiatement lavée avec la solution phéniquée forte et pansée avec l'appareil ouaté, se comporta avec la plus grande bénignité. Elle ne parut nullement influencée par la glycosurie, qui à son tour ne fut nullement surexcitée par le trauma.

Dans ce cas, qui m'inspira quelque inquiétude et que je suivis avec le plus vif intérêt, le malade n'eut pas de fièvre traumatique et, sauf les précautions de prudence que je lui prescrivis, continua sa vie ordinaire. — Ai-je besoin de rappeler que le danger chez la femme enceinte, blessée ou opérée, surgit menaçant dès que le thermomètre oscille entre 39° et 40° ?

Notons à ce propos que la malade de M. Gross, bien que jeune, opérée très simplement et pansée à la ouate, vit dès le premier soir s'allumer une fièvre traumatique (température 38°, pouls 96) qui se continua le lendemain avec douleurs, malaise, inappétence, et qui augmenta encore le troisième jour (le thermomètre marquait déjà 39° le matin), lorsqu'on remarqua l'éruption papuleuse.

Dans l'observation qu'on va lire, on ne parle pas de fièvre consécutive à l'irritation du foyer de la fracture; mais elle a probablement existé, car le 29 juillet, lors de l'ablation des pointes irritantes, il y avait une sensibilité très grande au bout du fragment supérieur, et il s'écoula une quantité considérable de pus par les orifices répondant à ces pointes. — Le 11 août, anxiété très grande, agitation nocturne, perte d'appétit. — Le 12, délire, fièvre intense; le 13, iritis et éruption exanthématique généralisée.

J'accorde qu'on pourrait discuter sur la nature de la fièvre dans les deux cas et la considérer comme syphilitique plutôt que comme traumatique, et qu'on s'appuierait sur ce fait curieux que la réaction a brusquement cessé dès que l'éruption s'est montrée à la peau. Mais, pour changer d'objet, l'intérêt n'en serait pas diminué, puisqu'il y aurait toujours relation entre la blessure et la fièvre, spécifique ou non. Voici du reste l'observation en question, que je fais servir à ma démonstration bien qu'elle soit déjà publiée :

Obs. II. — *Syphilis latente. — Fracture du tibia de cause indirecte. — Pas de consolidation au bout de trois mois. — Irritation des fragments par la méthode de Dieffenbach. — Suppuration intense du foyer, sans consolidation de la fracture. — Deux mois après l'opération, éruption érythématique généralisée et iritis syphilitique. — Traitement mixte. — Guérison de tous les accidents en moins d'un mois et consolidation de la fracture*[1].

Peter R..., laboureur, trente ans, admis le 17 mars 1873 pour une

1. Par M. Barnes, chirurgien du *Workhouse Hospital*, à Liverpool (*The Lancet*, 1er nov. 1873, t. II, p. 627).

fracture oblique du tibia vers la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. Deux jours auparavant, en remontant de la cave, son pied glissa et fut pris entre deux barres de fer; alors il tomba en arrière et se cassa ainsi la jambe. Jusqu'au moment de l'accident, il dit n'avoir jamais été malade.

La fracture fut facilement réduite et le membre placé dans un appareil avec deux attelles latérales. La rougeur et la tuméfaction cédèrent à des applications résolutives. Le malade semblait aller aussi bien que possible, mangeant et dormant bien. Le membre fut maintenu parfaitement immobile, les fragments en bonne position, mais, en enlevant l'appareil en temps voulu, on ne trouva aucune trace de consolidation.

En recherchant la cause de ce fait, on ne découvrit rien, ni dans l'état local ni dans l'état général, qui pût l'expliquer.

Le 24 avril, on remit le membre dans l'appareil et on apporta le plus grand soin à l'état général du malade.

10 juin. — On enlève l'appareil; la fracture est dans le même tat qu'auparavant. On se décide alors à employer la méthode de Dieffenbach pour provoquer l'inflammation des fragments; ce qui ut fait sans délai.

29 juillet. — On enlève les pointes. Sensibilité très grande à extrémité inférieure du fragment supérieur, et écoulement d'une uantité considérable de pus par les ouvertures faites par les pointes. n fut d'avis de ne pratiquer aucun examen du membre pendant uelques jours, dans la crainte de troubler la formation du cal. Le us continua à s'écouler par les ouvertures.

10 août. — Même état qu'auparavant.

11 août. — Le malade est très anxieux, très agité pendant la uit. Perte d'appétit.

12 août. — Il se plaint d'avoir reçu un *coup d'air* dans l'œil gauche, ui présente une injection très vive de la conjonctive, sans autre énomène. L'écoulement du pus persiste à la jambe. Fièvre très rte. Pendant la nuit, l'interne de garde trouva le patient en délire faisant toutes sortes de questions incohérentes. On prescrivit ie potion au chloral qui procura du sommeil.

13 août. — Malade calme; face et corps couverts d'une éruption anthématique; iritis marquée de l'œil gauche; il n'y avait plus de oute sur la nature de l'éruption, et on pensa qu'elle était la cause : tous les accidents.

On fit prendre au malade 5 milligrammes de bichlorure de mer-re avec 50 centigrammes d'iodure de potassium trois fois par jour.

L'effet de ce traitement fut sensible. La lymphe de l'œil se résorba; l'état général du malade s'améliora progressivement, et la jambe finit par entrer en voie de guérison. Le malade persiste à nier qu'il ait jamais eu aucun accident vénérien, bien qu'il reconnaisse s'être exposé à la contagion neuf semaines avant son entrée. Il est atteint de phimosis congénital, mais dit qu'il n'a jamais eu d'ulcération ni d'écoulement par le prépuce.

8 septembre. — La jambe est solide et en bonne position.

Le fait qui suit diffère des précédents par la lenteur relativement grande des réactions. Le trauma, au lieu de stimuler vivement la diathèse de façon à provoquer ses manifestations, s'est contenté de lui donner un prétexte à localisation et de lui fournir son foyer pour asile.

La propathie, au moment de la blessure, était latente et sembla rester telle pendant quelques semaines encore; puis, sortant de sa torpeur et trouvant au point opéré un lieu de moindre résistance, elle s'y installa. Elle arrêta le travail réparateur, qui jusqu'alors avait bien marché, altéra les tissus nouveaux, mal défendus sans doute contre l'imprégnation virulente, et finit par effectuer la métamorphose d'une plaie opératoire simple en un syphilome ulcéré. A cela parut se borner l'effort de la diathèse, au moins pendant de longs mois; puis, près de trois ans après l'opération, survint une éruption de syphilides pustuleuses.

Il n'y a de clair dans ce cas que l'action de la diathèse sur le trauma, c'est-à-dire l'influence unilatérale; l'éruption tardive est bien plutôt le fait de l'évolution naturelle d'une syphilis imparfaitement traitée que le retentissement d'un traumatisme dont l'action excitatrice était éteinte depuis longtemps.

OBS. III. — *Rétrécissement spasmodique du rectum chez un syphilitique. — Rectotomie linéaire. — Amélioration. — Arrêt de la cicatrisation. — Formation d'un syphilome rectal. — Éruption de syphilides pustuleuses*[1].

N..., quarante ans, domestique, grand, robuste, eut, en 1867, une écorchure à la verge, avec gonflement inguinal, qui dura trois semaines, et, peu de temps après, une gerçure anale. Pas de renseignements sur les accidents secondaires.

1. Tison, *Nouvelles considérations sur la rectotomie linéaire*, etc. Thèse de Paris, 1877, p. 54.

Au dire du malade, son rétrécissement rectal date de cette époque. En tout cas, un médecin le constata en 1868, fit alors dans le rectum une opération à l'aide de l'écraseur et administra l'iodure de potassium. L'amélioration ne fut que passagère.

En 1871, on fit en province plusieurs incisions internes, suivies de l'emploi de la dilatation et de l'iodure de potassium. Le soulagement fut sensible, mais peu durable.

Le 4 mai 1872, N... entra dans mon service à Lariboisière dans l'état suivant : anus sain, pas d'hémorrhoïdes ni de fissure ; sphincter contracturé ; existence sur la paroi postérieure du rectum, d'une valvule en forme de croissant, située à la réunion de la cavité anale et de l'ampoule rectale ; cette valvule, épaisse de 1 centimètre, résistante mais non indurée, est recouverte par la muqueuse rectale saine et fait une saillie de 15 à 20 millimètres dans la cavité de l'intestin. Comme symptômes fonctionnels dominants, diarrhée continue, souvent muco-purulente, amaigrissement, perte des forces, dyspepsie, ténesme après chaque miction, découragement profond.

Après deux mois de traitement infructueux par la dilatation progressive et l'iodure de potassium, la bride persistant avec son cortège de phénomènes fâcheux, je pratiquai la rectotomie linéaire.

Pas d'hémorrhagie à la suite ; applications froides sur le périnée ; aucun corps dilatant dans le rectum. Pas de fièvre, soulagement des plus manifestes, cessation de la diarrhée, défécation facile et non douloureuse, incontinence pendant quelques jours seulement, rétablissement complet de toutes les fonctions, amélioration rapide de l'état général. Une cystite, survenue le huitième jour sans cause connue, céda rapidement aux émollients, aux alcalins et aux balsamiques.

Le malade sort trois semaines après l'opération ; il ne reste plus qu'une fissure d'un centimètre de profondeur, s'étendant jusqu'au niveau de la valvule, qui a presque disparu.

J'ai revu ce malade en 1875. En quittant l'hôpital, il alla demeurer en province, où il reçut les soins d'un praticien distingué qui voulut bien m'envoyer une note à son sujet.

Les circonstances relativement satisfaisantes dans lesquelles se trouvait N... après son opération ne se maintinrent malheureusement pas. Peu de temps après sa rentrée chez lui, survint une suppuration abondante du rectum avec diarrhée continuelle et état général des plus mauvais. Un abcès de voisinage paraissait s'être développé dans le tissu cellulaire péri-rectal et menaça même un instant de s'ouvrir à la fesse droite. Il n'en fut rien cependant, et

après de longues péripéties le malade finit par se rétablir, sans être cependant guéri de son rétrécissement. Celui-ci était certainement plus tolérable qu'avant l'opération, en ce sens que la filière à travers laquelle passaient les matières fécales était un peu plus large, mais la sécrétion morbide continuait.

Au commencement de 1875, apparut aux membres inférieurs une éruption de pustules dont la nature syphilitique ne pouvait laisser de doute. On prescrivit le sirop de Gibert, mais le traitement ne fut pas suivi avec assez de persévérance pour amener la disparition complète des pustules.

Le malade revint alors me voir et je constatai à l'extrémité inférieure du rectum tous les signes de ce que j'ai décrit ailleurs sous le nom de syphilome rectal, lésion qui, si l'on se reporte à l'état du malade quand je le vis pour la première fois, n'existait pas alors. Elle s'était donc développée depuis, et certainement au moment où la syphilis dont N... avait été atteint antérieurement se localisait sous forme de manifestation tertiaire. Le point affecté fut celui qui, par le fait de l'opération, était devenu le *locus minoris resistentiæ*.

Je mis d'abord le malade au traitement mixte, et, dès qu'une amélioration assez notable se fut fait sentir sur les pustules des membres inférieurs, je proposai de pratiquer de nouveau la section du rétrécissement, comptant bien sur un succès plus durable que la première fois. Le malade accepta l'opération ; mais la veille, pris d'une frayeur subite, il quitta l'hôpital et je n'en ai plus entendu parler.

La métamorphose tardive d'un foyer traumatique en syphilome a eu encore lieu dans l'observation qu'on va lire ; j'ignore, à la vérité, la date de l'infection, mais je sais que la syphilis s'est localisée dans le point occupé jadis, et aussi délaissé depuis plus de deux ans par une affection non spécifique et non susceptible de récidive. Cette affection avait parfaitement guéri, laissant seulement à sa place une de ces imperfections histologiques, une de ces tares qui semblent en quelque sorte attirer sur elles les manifestations diathésiques. Au moment de la métamorphose, aucun autre symptôme de syphilis n'existait et je n'eus que les caractères objectifs de la tumeur pour base d'un diagnostic dont le prompt succès du traitement spécifique montra du reste l'exactitude.

Obs. IV. — *Kyste hydatique de la cuisse. — Opération. — Guérison. — Dégénérescence gommeuse de la cicatrice.*

Le 1er août 1872 entra dans mon service à Lariboisière une fill

de vingt ans, robuste et ayant toujours joui d'une excellente santé; elle ne présentait aucune trace de scrofule, de syphilis ou de rhumatisme. Elle entrait à l'hôpital pour une tumeur siégeant à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, au niveau du tendon du premier adducteur. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, paraissait émerger des interstices musculaires et faisait peu de saillie à l'extérieur; elle était indolente, sans changement de coloration et sans adhérence à la peau; son apparition datait de quelques semaines, et déjà elle avait notablement grossi; sa consistance était ferme, mais rappelait celle d'une tumeur liquide à parois épaisses.

L'examen le plus minutieux des os voisins ne faisant reconnaître aucune lésion, et la constitution de la malade ne permettant guère de songer à un abcès froid idiopathique, nous pensâmes à un kyste.

La tumeur ayant fait des progrès, une ponction fut pratiquée, qui donna issue à un liquide d'une transparence parfaite, ne renfermant pas d'albumine et indiquant en conséquence l'existence d'un kyste hydatique.

Quinze jours après, la poche s'était remplie ; je voulus y faire une nouvelle ponction suivie d'injection iodée, mais le liquide extrait étant purulent, je préférai ouvrir la tumeur, qui d'ailleurs était devenue superficielle. C'est pourquoi j'appliquai sur la partie amincie de la peau une traînée de pâte de Vienne, que j'incisai deux jours après, pour donner issue à du pus séreux renfermant de nombreux crochets d'échinocoques. Un drain fut placé dans la cavité, qu'on lava au moyen d'injections chlorurées. Au bout de quelques jours, le kyste s'exfolia, et on put en extraire la paroi.

La cavité revint rapidement sur elle-même, et à la fin de septembre la malade, bien qu'incomplètement guérie, mais du reste en parfaite santé, demanda à quitter le service. Un mois après il ne restait que la cicatrice de la cautérisation; la cure était complète. Nous apprîmes à ce moment que la malade était enceinte de quatre mois environ; la conception datait de la fin de juin ou du commencement de juillet. Les petites opérations, quoique faites dans la zone génitale, n'avaient donc en aucune façon influencé la grossesse, qui suivit sa marche et se termina heureusement à terme par la naissance d'un enfant sain et bien portant.

J'avais perdu tout à fait de vue cette malade, lorsqu'elle vint me retrouver au commencement de l'année 1875 à l'hôpital de la Pitié pour ce qu'elle croyait être une récidive de la tumeur. Elle me montrait en effet, au lieu précisément occupé jadis par le kyste, une

tumeur ou plutôt une induration diffuse, mal circonscrite, atteignant presque le volume du poing, sans adhérence aux os, mais paraissant englober les muscles et une large plaque de la peau. Celle-ci était épaissie, adhérente, d'une teinte violacée et bleuâtre, dans l'étendue de 6 à 7 centimètres carrés. Au centre de cette induration existait une ulcération à bords taillés à pic, à fond recouvert d'un enduit grisâtre et laissant suinter en assez grande abondance un pus séreux de mauvaise nature. Cet ulcère d'ailleurs était profond d'un centimètre à peine et ne conduisait dans aucun trajet fistuleux.

Cette masse répondait évidemment à la cicatrice superficielle et profonde de l'ancien kyste hydatique; elle avait commencé à se développer deux mois auparavant sans cause connue et grossissait de jour en jour; elle ne causait point de douleurs, mais seulement de la gêne dans la marche et les mouvements de la cuisse.

Comme elle ne ressemblait ni au cancer, ni à un autre néoplasme quelconque, ni à une adénopathie, ni à un phlegmon, ni à un exsudat inflammatoire chronique, par élimination et aussi en tenant compte de ses caractères, je déclarai qu'il s'agissait d'une induration tertiaire, d'un syphilome de l'ancienne cicatrice.

Nous questionnâmes la malade, mais nous n'en pûmes rien obtenir et ne découvrîmes d'ailleurs aucun indice actuel ou passé de syphilis. Toutefois ma conviction était si formelle que j'instituai le traitement mixte avec le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium. Le résultat fut des plus concluants : en moins de quinze jours, l'induration avait diminué de moitié; trois semaines plus tard, elle avait disparu, et il ne restait de cette affection qu'une cicatrice brune, entourée d'une zone de peau pigmentée de la même manière.

J'ai tout récemment encore recueilli un fait de même genre, avec cette différence seule que l'envahissement du foyer traumatique par la syphilis fut plus précoce.

Obs. V. — *Névrome du nerf cubital. — Ablation. — Dégénérescence gommeuse du foyer opératoire. — Traitement spécifique. — Guérison.*

M. M..., soixante-douze ans, de haute taille et de forte structure, est atteint depuis longues années de dilatation des bronches qui le forcent à passer tous les hivers dans le Midi; il digère mal et l'analyse des urines a révélé à plusieurs reprises un notable degré de phosphaturie.

En 1885, il vient me consulter pour un névrome du nerf médian

gauche, du volume d'une noix, siégeant à trois travers de doigt environ au-dessus du pli du coude et occasionnant de vives douleurs.

Je conseillai l'opération, qui fut pratiquée par un autre chirurgien. On fit la réunion immédiate qui réussit, mais pendant quatre ou cinq jours, paraît-il, l'opéré souffrit cruellement de sa plaie.

Le 3 mars 1887, étant de passage à Nice, je fus mandé par M. M... qui s'y était installé depuis le commencement de l'hiver. Il me montra sur le trajet du nerf cubital gauche une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, ayant tous les caractères d'un névrome et occasionnant des souffrances si vives et si continues, qu'il ne fallait pas moins de cinq à six injections de chlorhydrate de morphine d'un centigramme chaque pour obtenir un peu de soulagement. Il en était résulté une perte d'appétit, une diminution des forces et un amaigrissement notable.

Je proposai l'ablation, qui fut acceptée et pratiquée le surlendemain 5 mars, après quelque préparation d'usage et en particulier après une analyse des urines qui ne montra ni glycose ni albumine (c'est plus tard seulement que j'appris l'existence antérieure de la phosphaturie). Comme l'état de sa poitrine n'était pas satisfaisant et que M. M... avait grand'peur du chloroforme, je me bornai à faire l'anesthésie locale avec la pulvérisation éthérée qui supprima toute douleur pendant l'incision de la peau et des couches sous-cutanées.

La tumeur était située à 10 centimètres au-dessous de l'articulation du coude, de sorte que pour l'atteindre à ce niveau il fallait opérer comme pour la ligature de l'artère cubitale à sa partie supérieure, c'est-à-dire inciser l'aponévrose, pénétrer dans le premier interstice musculaire à partir du cubitus, séparer enfin le muscle cubital antérieur du fléchisseur superficiel des doigts. Comme on était guidé par le névrome, tout cela fut aisé et je mis bientôt à nu la tumeur, sur la partie antérieure et externe de laquelle on voyait distinctement s'appliquer et adhérer l'artère cubitale et ses veines. Comme il eût fallu isoler ces vaisseaux dans l'étendue de trois à quatre centimètres, je les liai au-dessus et au-dessous de leur passage sur le névrome et je réséquai la portion comprise entre les deux ligatures. La tumeur étant bien découverte, je passai au-dessus d'elle une aiguille de Deschamps pour soulever le nerf cubital et coupai celui-ci d'un seul coup de ciseaux. La douleur fut vive, mais dura à peine une seconde; la section du nerf au-dessous du névrome fut à peine sentie.

La tumeur avait la forme d'une petite figue, arrondie du côté du

poignet, fusiforme vers le coude; elle était de consistance fibreuse et d'un blanc nacré. M. M... ayant demandé à la conserver, on n'en fit point l'examen, mais le diagnostic était fort clair, et quant à la variété, il s'agissait d'un fibrome traversé à son centre par le nerf cubital.

Grâce à l'aide que m'avaient donnée MM. les docteurs Heilbron et Baudon, l'opération avait été très rapide et les tissus à peine froissés. Je plaçai une ligature à chaque angle de l'incision, et un bout de drain pour assurer l'écoulement et empêcher les muscles écartés de fermer en se rapprochant le fond de la plaie. Je saupoudrai légèrement celle-ci de poudre d'iodoforme, puis enfin mis par-dessus le tout un morceau de gaze iodoformée, et un pansement ouaté. Je n'avais pas fait la réunion : d'abord parce qu'elle avait été suivie de douleurs très vives lors de la précédente opération, et que sans doute elle n'aurait pas réussi, la santé générale étant mauvaise par suite de l'état du tube digestif et des organes respiratoires, ou par l'effet du morphinisme.

M. M... était enchanté. La douleur de l'opération avait duré à peine quatre à cinq minutes, et les souffrances antérieures s'étaient instantanément dissipées après la section du nerf. Les doigts auriculaire et annulaire étaient devenus tout à fait insensibles; la sensibilité, obtuse dans la sphère de distribution du nerf médian, n'avait subi aucun changement.

Je crus pouvoir promettre une cicatrisation prompte et une guérison sans accident. Il fut convenu avec les confrères qui m'avaient assisté qu'on laisserait le premier pansement trois ou quatre jours en place et qu'en cas d'inflammation légère on plongerait le bras dans le bain antiseptique aussi longtemps et aussi souvent qu'il le faudrait.

Mon optimisme fut trompé. Le D[r] Baudon m'écrivit en effet pour me dire que la réunion secondaire sur laquelle je comptais ne s'était pas effectuée; que la plaie avait fourni une suppuration séreuse et de mauvaise nature; qu'elle s'était entourée surtout d'une induration épaisse, profonde et diffuse, s'étendant particulièrement du côté externe.

Un décollement assez large s'était produit de ce côté, dans lequel le pus était retenu et d'où étaient sorties à deux reprises de volumineuses masses de tissu mortifié, comme s'il s'agissait d'un phlegmon diffus profond. La dernière masse expulsée avait, paraît-il, le volume et la longueur du petit doigt.

Tout ce désordre local s'était d'ailleurs produit sans fièvre et à

peu près sans douleurs. On avait toujours employé les antiseptiques, bains prolongés, injections phéniquées et iodées, et les pansements avaient été faits soigneusement et régulièrement avec divers topiques. On avait enfin cautérisé plusieurs fois la fistule avec le nitrate d'argent; le tout en vain.

On avait proposé de faire une contre-ouverture et un drainage. M... qui désirait rentrer à Paris, refusa et vint me montrer l'état des parties, le 24 avril, cinquante jours après l'opération. Les choses étaient en moins mauvais état que les semaines précédentes, mais la cicatrisation ne faisait aucun progrès depuis plus de quinze jours.

Je constatai l'existence d'une fistule pénétrant à 3 centimètres de profondeur, répondant à peu près au centre de la plaie opératoire et entourée de parois épaisses et indurées; un drain debout y était placé. Les muscles de la couche superficielle semblaient durs et inextensibles dans la région malade. La suppuration était peu abondante et mal liée, l'indolence absolue. La cicatrice était un peu saillante et d'une coloration brunâtre qui me frappa et me rappela la teinte des vieilles ulcérations syphilitiques cicatrisées.

Récapitulant alors la marche si insolite de la plaie, l'élimination de gros bourbillons, l'induration si étendue des parties molles sous-cutanées et des muscles, l'état stationnaire de la cicatrisation, l'absence d'inflammation et l'indolence, je m'arrêtai à l'idée d'un syphilome développé dans un foyer traumatique récent.

Comme il n'y avait point d'urgence, je voulus, d'accord avec le médecin ordinaire de M. M..., soumettre mon hypothèse à l'expérimentation thérapeutique. Nous nous bornâmes donc à bien nettoyer la fistule en y laissant le drain, à établir sur la région indurée une douce compression avec la ouate et la flanelle, et à prescrire enfin localement une friction avec la pommade à l'iodure de potassium, tandis qu'à l'intérieur nous faisions prendre chaque matin 5 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre et un gramme d'iodure de potassium chaque soir.

L'effet fut surprenant: au bout d'une semaine la suppuration était presque tarie; il fallut raccourcir le drain de moitié. Huit jours plus tard, la cicatrisation était complète et l'induration commençait à se ramollir. Enfin tout était fini vers le 20 mai.

L'histoire suivante, tout entourée qu'elle soit de mystère et d'obscurité, n'en vient pas moins à l'appui de cette assertion que la diathèse, en quête de localisation, choisit avec une certaine prédilection les foyers traumatiques anciens et complètement fermés.

Obs. VI. — *Ingestion d'une grande quantité d'aiguilles.* — *Issue par divers points du corps.* — *Dégénérescence gommeuse des points de sortie.*

Un médecin de province amena un jour dans mon cabinet une jeune fille de haute taille, de constitution jadis très robuste et qu'une maladie chronique avait seule affaiblie. Point d'antécédents scrofuleux ni arthritiques quelconques; point de chute ni de contusion. Un des côtés du visage était déformé par une tuméfaction énorme répondant à l'os maxillaire inférieur et aux parties ambiantes. La bouche était presque close, et les dents s'écartaient à peine de quelques millimètres. L'os était manifestement tuméfié, mais l'induration occupait également les tissus mous des régions génale, massétérine et sous-hyoïdienne. Il n'y avait jamais eu d'abcès ni de fistule; il n'y avait actuellement encore aucune tendance à l'ulcération; la peau était un peu rouge, mais encore assez souple et mobile.

Le mal était en voie d'amélioration sensible; il avait débuté deux ans auparavant et s'était sans cesse aggravé. Il était survenu des douleurs atroces, qu'on avait combattues simplement avec des injections répétées et à dose élevée de chlorhydrate de morphine. Les choses en étaient là, et l'état général était déplorable par le fait des douleurs, de l'inanition et du traitement, lorsqu'un nouveau médecin appelé imagina de prescrire l'iodure de potassium *intus* et *extra*. Le soulagement fut rapidement obtenu, et l'état local s'amenda d'une façon sensible. L'idée d'une infection se présenta, mais la position sociale de la malade rendait l'hypothèse invraisemblable, et une interrogation directe des parents paraissait si délicate à notre confrère qu'il voulut avant tout connaître mon sentiment.

Ayant examiné attentivement la tumeur de la face, je n'y reconnus les caractères ni de l'ostéite, ni de la nécrose, ni du cancer; la durée du mal excluait ces affections. Je songeai à part moi à la syphilis, un peu par exclusion, puis à cause de l'induration très évidente du masséter et des résultats inespérés qu'avait donnés l'iodure de potassium.

Avant de me laisser finir mes investigations, le docteur me pria d'examiner le haut de la poitrine et le sein gauche. Or les deux articulations sterno-claviculaires étaient le siège d'une tuméfaction circonscrite, à peine douloureuse au toucher et sans changement de couleur à la peau. Ce gonflement était survenu lentement dans les mois précédents; il ne progressait plus et tendait même à diminuer depuis le nouveau traitement.

Dans le sein gauche existaient cinq petites tumeurs fusiformes,

inégales, dures et peu sensibles. Comme je m'évertuais à deviner la nature de ces productions, qui ne ressemblaient à rien de connu, mon confrère en souriant me mit au courant et me dit qu'il y avait là cinq aiguilles à coudre, et qu'au reste la patiente en avait déjà rendu plus de 350 par différents points du corps. Je n'avais jamais vu de ces cas, signalés depuis longtemps par les classiques, mais qui restent toujours rares, et naturellement je voulus m'enquérir des détails relatifs à cet épisode. Mais la malade, ainsi que son père et sa mère, qui étaient présents à la consultation, déclarèrent qu'on n'avait aucun renseignement sur ce point, et qu'on ignorait absolument quand et comment les aiguilles avaient été avalées. La réponse était si catégorique que je compris à l'instant même que mon insistance serait inutile, et je m'abstins.

Seulement ma conviction fut faite, et je la formulai en ces termes à mon jeune confrère : Syphilis contractée depuis fort longtemps, très probablement avant cette ingestion des aiguilles (qui représente sans doute une tentative de suicide) et arrivée à la période tertiaire ; caractérisée suffisamment déjà par la tumeur de la mâchoire, mais bien plus évidemment par la double arthropathie sterno-claviculaire, qui, telle qu'elle se présentait dans ce cas, devenait un indice à peu près pathognomonique.

De même qu'on ignorait ou qu'on cachait quand et comment tant d'aiguilles avaient été avalées, on pouvait bien ignorer ou cacher quand et comment la syphilis s'était introduite. Mystère d'un côté, mystère de l'autre, nous n'avions pas mission de les dissiper, et il fallait nous contenter de guérir le mal, quitte à dire notre façon de penser très catégoriquement si nous étions directement interrogés.

On ne voit pas encore comment ce récit se rattache au sujet traité dans le présent travail. J'y arrive, mais on conçoit qu'il était nécessaire d'établir la nature syphilitique de la tumeur maxillaire. En réitérant mes questions sur les causes probables de cette dernière, en m'informant s'il y avait eu contusion, chute, périostite ou carie dentaire, etc., je n'eus que des négations. Mais on m'apprit en revanche qu'en 1875 et 1876 trois des aiguilles voyageuses étaient sorties par la joue du côté malade, en déterminant une inflammation assez vive.

Une amélioration notable suivit pendant quelques semaines l'issue du dernier corps étranger. Néanmoins les traces de l'inflammation chronique n'avaient pas encore disparu, lorsqu'une tuméfaction nouvelle se manifesta au lieu et place qu'elle occupe encore aujourd'hui et avec les caractères que nous avons précédemment décrits.

Il est donc certain que l'inflammation prolongée déterminée par le séjour et le passage des aiguilles dans la région maxillaire avait créé là un lieu de moindre de résistance, servant en quelque sorte d'appel à la syphilis.

Dans aucun cas, le développement d'un syphilome traumatique n'a été plus net que dans le suivant.

OBS. VII. — *Contusion linéaire de la jambe. — Induration spécifique du derme reproduisant exactement la forme et les dimensions du foyer contus.*

M..., vingt-cinq ans, cuisinière, d'une belle constitution et présentant toutes les apparences de la santé, vint me consulter le 3 mars 1879 pour un mal de jambe rendant la station et la marche pénibles.

L'affection reconnaissait pour origine une contusion datant du 15 janvier précédent. Ce jour-là, M... étant montée sur une chaise peu solide qui céda sous le poids du corps, les pieds traversèrent le siège, de sorte que la face interne de la jambe droite heurta violemment le cadre. Il en résulta une contusion circonscrite et une éraflure très superficielle de la peau, le tout sans la moindre gravité. Pendant les trois semaines suivantes, la malade se livra à ses occupations habituelles sans songer à son accident.

Vers le 8 février, survinrent quelques douleurs vagues au point blessé et un sentiment de pesanteur dans le membre, surtout à la fin de la journée. Ces symptômes augmentèrent progressivement et d'autant plus que M... était forcée par sa profession de rester debout tout le jour.

A la fin de février, une induration douloureuse au toucher se développa au lieu contus; les douleurs augmentèrent surtout la nuit, de façon à troubler le sommeil, et la claudication se manifesta.

C'est dans ces conditions que je vis la patiente.

J'examinai tout d'abord le membre blessé : il était bien conformé et absolument sain, si ce n'est au point jadis contus; là, on voyait à la face interne de la jambe, vers le milieu de la saillie du mollet, une tache à la peau, longue de 6 centimètres, large de 3, oblique de bas en haut et d'avant en arrière, nettement limitée en avant par un trait linéaire régulier, en un mot représentant fidèlement l'empreinte qu'avait laissée le cadre de la chaise lors de la chute. Outre la coloration anormale, qui était d'un brun rougeâtre, on percevait encore par le toucher une tumeur d'étendue, forme et dimensions

pareilles, peu saillante, mais offrant une épaisseur moyenne de 7 à 8 millimètres. Les légères bosselures que présentait cette plaque indurée me firent d'abord penser à une phlébite, mais l'axe de la plaque n'était pas parallèle à la saphène, et il n'y avait pas trace de dilatations variqueuses. L'induration siégeait donc très manifestement dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, qui avaient perdu leur souplesse et leur mobilité à ce niveau.

La pression, sans provoquer de douleurs vives, était cependant assez désagréable. La marche était pénible, mais le maximum des souffrances répondait aux premières heures de la nuit. Pas d'engorgement glanglionnaire inguinal, pas de trace de lymphangite.

Je n'avais encore jamais vu de lésions semblables, et je me mis à regarder en face la patiente, qui me rappela aussitôt qu'en mars 1878, précisément un an auparavant, elle m'avait déjà consulté pour un mal de nez avec rougeur du dos de l'organe et croûtes à l'entrée des narines, dont je l'avais promptement guérie avec l'iodure de potassium. Tout cela me revint en mémoire, et je reconnus en effet une de mes anciennes clientes d'hôpital dont la syphilis remontait probablement à trois ans.

Je prescrivis en conséquence *loco dolenti* les frictions avec l'onguent napolitain belladoné, recouvertes de coton pendant le jour et de cataplasmes pendant la nuit, puis l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour.

Huit jours après, je revis M... ; elle marchait sans boiter et souffrait beaucoup moins, quoique la veille elle se fût fatiguée à préparer un grand dîner. La plaque cutanée était déjà un peu plus souple et moins épaisse.

On voudra bien remarquer la marche particulière de cette affection; la légèreté de la lésion primitive, telle que pendant trois semaines elle ne provoque aucun malaise ; puis l'apparition sournoise, si je puis ainsi dire, de désordres qui mettent trois autres semaines à s'accroître, sans présenter jamais cependant les caractères du vrai phlegmon ; enfin l'arrêt brusque des douleurs à l'aide des spécifiques. Il n'en faut pas davantage, je pense, pour mettre hors de toute contestation la nature syphilitique de cette induration.

Je viens enfin de recueillir une observation qui offre beaucoup d'analogie avec celle de M. Gross, car il s'agit également d'une syphilis méconnue quoique patente et qu'une opération a surexcitée vite et fort. La différence principale porte sur la période à laquelle était arrivée la maladie, période secondaire dans le cas de

notre confrère, et tertiaire dans le fait qui m'est propre. Je crois bon de relever ce détail, parce que si l'on comprend sans trop de peine l'apparition quasi-soudaine d'un exanthème cutané, on a lieu de s'étonner de voir se développer si rapidement une tumeur gommeuse, véritable néoplasme dont la formation semblerait devoir exiger plus de temps. Cependant le fait ne saurait être contesté, puisque, dans les derniers temps de la vie, il s'est reproduit sous nos yeux quand trois gommes nouvelles ont été du jour au lendemain constatées à la paroi abdominale antérieure. La seconde différence réside dans les résultats si opposés du traitement. M. Gross a pu, non sans quelque peine à la vérité, arrêter la poussée morbide, tandis que je n'ai rien obtenu par un traitement cependant fort énergique et qui d'ordinaire agit sinon définitivement, au moins temporairement sur la syphilis cérébrale.

Ceci, à défaut de l'autopsie qui ne put être faite, me porte à croire que les circonvolutions antérieures du lobe frontal gauche recélaient une production gommeuse qui, sous l'impulsion traumatique, s'est étendue ou multipliée.

Force est d'avouer qu'ici l'opération a, sinon tué la malade, au moins singulièrement abrégé sa vie, et que la responsabilité de l'issue fatale se partage entre l'état constitutionnel du sujet et la conduite du chirurgien. La blessure n'y joua qu'un rôle tout à fait secondaire.

Dans les statistiques mortuaires opératoires, même les plus modernes, on ne trouve pas de colonne ouverte pour les faits de ce genre; c'est sans doute parce que les praticiens ne s'empressent pas volontiers de se donner un certificat d'impéritie, d'inattention, en tout cas d'infraction aux règles de l'opportunisme chirurgical. Ces réticences sont puériles, sinon coupables; aux aveux nécessaires, on peut d'ailleurs joindre les causes plus ou moins légitimes de l'erreur.

Dans le cas actuel, je ne pouvais certainement pas déshabiller Mme C... des pieds à la tête pour découvrir la gomme de la région lombaire, ni lui demander catégoriquement si elle avait eu la vérole; mais j'aurais dû ne tenir compte ni de ses négations, ni des inductions tirées de sa position sociale, ni de ses allures honnêtes, ni d'aucune de ces prétendues incompatibilités pour la syphilis qui n'existent pour personne, enfin m'en rapporter aux seuls caractères objectifs qui me faisaient croire à l'existence d'une onyxis syphilitique. A l'hôpital, où nous avons moins de scrupule et où nous n'hésitons guère à soupçonner la syphilis, nous ne faisons presque aucune attention aux protestations des patients, et, quand nous trou-

vons une manifestation extérieure tant soit peu caractéristique, nous instituons résolument le traitement avant de prendre le bistouri.

J'ai eu le tort de ne pas agir de même et de considérer chez ma malade la syphilis comme invraisemblable.

Un mot encore. Le traumatisme peut évidemment réveiller et aggraver la syphilis, et celle-ci peut troubler notablement le travail réparateur des blessures; mais jusqu'alors on n'a presque jamais vu les influences susdites s'exercer jusqu'à la mort inclusivement. Il semblerait même que, parmi les sujets atteints de propathies constitutionnelles, les syphilitiques sont de ceux qui supportent le mieux les opérations chirurgicales et en guérissent à moins de frais.

Mais pour ces diathésiques, comme pour tous les autres du reste, il faut faire une distinction capitale suivant que les lésions de la diathèse ont encore épargné ou au contraire atteint déjà les grands viscères. Dans le premier cas, le traumatisme est généralement bien supporté. Sans doute, il subit dans une certaine mesure l'influence défavorable des altérations humorales, mais réagit faiblement par lui-même sur l'économie tout entière. Ne trouvant pas d'organe essentiel préalablement et sérieusement lésé, il ne provoque pas de ces aggravations imprévues et soudaines d'affections latentes avec lesquelles la vie était en somme compatible.

Il en est bien autrement quand un viscère recèle quelque foyer morbide tant soit peu important. L'action excitatrice, souvent funeste, du traumatisme, s'y porte et semble s'y concentrer; de là des accidents spécifiques, nullement traumatiques, mais en tout semblables à ceux qu'avec le temps et ses progrès naturels la maladie constitutionnelle aurait fini par amener.

Il est probable que si l'on disposait d'un nombre suffisant d'observations, on arriverait à démontrer que, malgré la très inégale gravité du cancer, de la scrofule et de la syphilis, on enregistre une somme à peu près égale de revers en opérant des cancéreux, des scrofuleux ou des syphilitiques, ayant pour manifestation propathique un cancer secondaire, un tubercule ou une gomme du cerveau.

J'ai déjà, dans mes notes, des faits qui me permettent de considérer cette hypothèse comme à peu près certaine. En tout cas, l'observation de Mme C... la confirme pleinement. On remarquera, en effet, que cette dame n'était nullement cachectique, qu'à l'exception d'un petit groupe de circonvolutions tous ses autres organes étaient sains; qu'enfin elle n'est pas morte de syphilis à proprement parler, mais de sa lésion cérébrale, comme aurait succombé tout autre patient affecté de la même manière et comme sans doute el-

aurait fini par succomber elle-même au bout d'un temps plus ou moins long.

Obs. VIII. — *Syphilis tertiaire méconnue. — Onyxis du pouce de date ancienne. — Destruction des tissus altérés avec le thermo-cautère. — Éruption rapide de gommes sous-cutanées. — Troubles cérébraux, aphasie, hémiplégie. — Mort.*

Mme C... quarante et un ans, de petite taille et de constitution assez faible, vint me consulter, dans les derniers jours de janvier, pour une affection de l'ongle du pouce de la main droite dont elle voulait se débarrasser à tout prix, par l'amputation même, si celle-ci était nécessaire.

A la face dorsale de la dernière phalange, on voyait quelques bourgeons charnus, violacés et mollasses, paraissant émerger de l'os et entourés de quelques débris irréguliers de l'ongle. Cette lésion n'avait aucun caractère bien tranché ; mais j'appris qu'elle durait depuis trois ans, qu'elle avait résisté à tous les topiques et même à deux cautérisations assez énergiques pratiquées avec la pâte de Vienne.

L'idée me vint qu'il s'agissait d'une onyxis syphilitique assez modifiée par le traitement pour avoir perdu ses caractères tranchés ; en conséquence j'adressai à Mme C... une série de questions indirectes, auxquelles elle ne fit, fort naturellement d'ailleurs, que des réponses négatives. Elle m'apprit même qu'elle avait, pendant près d'un an, pris de l'iodure de potassium sans aucun résultat.

Je n'insistai pas. La malade était une commerçante aisée, mère de famille, d'apparence très douce, très honnête, de sorte que je crus à une affection osseuse ancienne plutôt qu'à une manifestation tertiaire. Je rassurai la patiente, lui déclarant que l'amputation du pouce n'était pas nécessaire et qu'une cautérisation énergique au fer rouge serait suffisante.

Un examen attentif de toutes les grandes fonctions ne m'ayant révélé aucune contre-indication, le 7 février, avec le concours d'un de mes internes, M. Ch. Leroux, je détruisis avec le thermo-cautère les téguments de la face dorsale de la phalange, y compris la matrice de l'ongle, et la couche la plus superficielle du périoste. Un pansement ouaté fut appliqué.

Les suites furent fort simples. La première nuit ayant été sans sommeil, on administra le lendemain quelques centigrammes d'extrait thébaïque. Du reste, ni fièvre ni malaise quelconque.

Le 13, sixième jour, on signale à M. Leroux, qui était char-

des soins quotidiens, l'apparition de petites tumeurs cutanées, au nombre de quatre, siégeant dans la région mammaire gauche, à la paroi antérieure de l'aisselle et à l'épigastre; ces tumeurs, du volume d'une noisette, légèrement discoïdes, indolentes au toucher, assez dures, bien qu'élastiques, paraissent développées dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais adhèrent à la face profonde de la peau qui, sur l'une d'entre elles, est amincie et présente une légère coloration violacée.

La malade affirme de la manière la plus formelle que ces tumeurs datent des jours précédents, après l'opération, et, pour nous convaincre, elle ajoute qu'elle connaît bien ces bosselures, puisqu'*elle en a une depuis plus de deux mois dans la région du dos*. En effet, au point indiqué, au niveau de la masse sacro-lombaire droite, existe une tumeur sous-cutanée, aplatie, régulièrement arrondie, dure à la circonférence, molle au centre, où la peau, très amincie, paraît prête à s'ulcérer.

Il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature de ces productions ; il s'agissait de gommes sous-cutanées, à divers degrés de développement. C'était le diagnostic de M. Leroux, que je confirmai pleinement. D'ailleurs, il existait encore d'autres indices de syphilis invétérée.

Depuis trois jours s'était déclarée une céphalée frontale assez vive, ayant son maximum à gauche et empêchant presque absolument le sommeil; enfin les personnes qui entouraient la malade, interrogées à leur tour, déclarèrent avoir remarqué un certain embarras dans la parole, qui s'était montré déjà d'une façon passagère à plusieurs reprises avant l'opération, mais qui s'était singulièrement accru depuis l'invasion de la céphalée.

Il n'était que trop évident que l'opération chirurgicale, malgré son peu d'importance et la bénignité de ses suites, avait stimulé vivement la diathèse et multiplié en les aggravant ses diverses manifestations.

Revenant alors sur les antécédents, nous n'obtînmes aucun aveu, nous apprîmes seulement que l'iodure de potassium avait été administré longtemps il est vrai, mais à de faibles doses, ce qui expliquait son peu d'action sur l'onyxis, que plus d'une fois nous n'avons vu céder qu'à de fortes proportions du médicament (3 à 4 grammes par jour). Je prescrivis aussitôt 2 grammes par jour de cet iodure, une pilule de deuto-chlorure d'hydrargyre et des badigeonnages iodés sur les gommes.

Les jours suivants, l'état de la malade est à peu près le même;

mais, au bout de six jours de ce traitement, on aperçoit déjà quelques modifications assez importantes : la céphalée a diminué; les gommes semblent s'arrêter dans leur développement; malheureusement, la difficulté qu'éprouve la malade à s'exprimer est toujours aussi marquée. Dès ce moment, Mme C... devient de plus en plus triste, parle à peine et semble être dans un état de stupeur. Les nuits sont bonnes, mais la malade a tendance à dormir même dans la journée.

25 février. — Nausées et vomissements bilieux, annonçant l'apparition des règles à leur époque ordinaire.

26. — On lève l'appareil ouaté. Le pus a fusé le long de la face dorsale du pouce et y a déterminé des phlyctènes; la phalangette est complètement noire, nécrosée, mobile; l'extrémité unguéale de la peau est noirâtre, insensible, mortifiée dans l'étendue de 4 à 5 millimètres. Ailleurs, la plaie est rosée, de bon aspect, sauf en un point, où l'on voit un bourgeon grisâtre. On panse à l'eau phéniquée.

Le 3 mars, l'état cérébral s'aggrave, l'aphasie devient de plus en plus marquée, les gommes ont diminué. Je fais prendre deux pilules de sublimé au lieu d'une, et 3 grammes d'iodure.

Le 8 mars, la plaie est belle; les gommes ont encore diminué, mais l'aphasie est complète. Il n'y a pas de paralysie limitée, mais une parésie généralisée. On supprime les pilules, et on prescrit des frictions mercurielles.

10 mars. — Apparition d'une hémiplégie à droite. Constipation; diminution de l'appétit, qui jusqu'alors était resté bon. Purgatif salin.

15. — L'hémiplégie est totale, sans contracture ni mouvements réflexes; les gencives deviennent fongueuses, et il y a menace de salivation. On continue néanmoins les frictions, mais on prescrit le chlorate de potasse.

20. — L'état général s'aggrave, la malade reste calme, mais devient indifférente à tout ce qui l'entoure; elle reconnaît à peine ceux qui la soignent, ne prononce pas une parole et n'émet pas un son. La plaie a bon aspect et n'a aucun cachet spécifique. Les gommes qui avaient paru diminuer restent stationnaires; la sœur de la malade, qui la change tous les jours des pieds à la tête, constate l'apparition de trois nouvelles tumeurs à la paroi abdominale antérieure; l'une d'elles a le volume d'une petite aveline; les deux autres, les dimensions d'un noyau de cerise.

25. — Perte de connaissance momentanée. Troubles thoraciques :

on prescrit des sinapismes, puis un vésicatoire volant sur la poitrine; un purgatif est administré, parce qu'il y a de la constipation. Les accidents se dissipent le lendemain, mais ils reparaissent le 2 avril et enlèvent la malade.

L'autopsie ne put être faite.

APPENDICE

J'ai recueilli l'année dernière (1886) une nouvelle observation démontrant bien l'influence du traumatisme comme cause provocatrice des accidents tertiaires. Elle est surtout intéressante par le réveil de la syphilis, à plusieurs reprises, sous l'influence de blessures diverses, et par l'aggravation de la dernière manifestation, survenue pendant la grossesse. — En voici le résumé :

Obs. IX. — *Manifestations syphilitiques tertiaires se montrant dans l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, à la suite de violences extérieures. Aggravation notable par la grossesse. — Traitement spécifique. — Amélioration considérable.*

Lucie Ch..., vingt-trois ans, cartonnière, entre à la Pitié le 13 septembre 1886. Fille unique. Père mort de phthisie, mère morte d'une maladie du cœur. A dix-huit ans, premier enfant mort à l'âge de dix-huit mois; seconde grossesse parvenue actuellement au sixième mois.

Blonde, assez grasse, de taille au-dessus de la moyenne et présentant les apparences d'une santé satisfaisante. L... a cependant un dossier pathologique assez riche. Elle ne sait rien sur les accidents de sa première enfance, mais raconte qu'à l'âge de dix ans, après une chute sur le front, est survenue au lieu frappé une tumeur qui a fini par s'ouvrir en trois points, laissant autant de plaies dont la guérison fut lente et dont on reconnait le siège et les dimensions à trois cicatrices blanches, minces, lisses, déprimées, encore adhérentes au frontal. A treize ans, un coup de pied reçu à la partie supérieure et interne de la jambe gauche donne naissance à une tumeur qui s'ulcère, se ferme lentement et laisse une cicatrice large comme une pièce de cinq francs.

A vingt ans, entorse grave à gauche par suite d'un saut; douleurs vives, gonflement considérable; abcès dont on retrouve la trace au

niveau de la malléole interne ; propagation de l'inflammation aux muscles profonds de la jambe, d'où équinisme prononcé. La malade garda le lit pendant six mois et se servit longtemps de béquilles. Cependant les accidents se calmèrent peu à peu ; aussi, bien que le pied restât étendu et l'articulation empâtée et ankylosée, et malgré la formation en 1885 d'un nouvel abcès situé près du premier, la marche modérée redevint possible.

Il y a deux ans, à la suite d'une contusion légère de la région malaire, apparut encore une tumeur évoluant comme les autres, c'est-à-dire s'ouvrant, suppurant quelques semaines, puis guérissant avec cicatrice déprimée et fixée à l'os sous-jacent. Jamais aucune de ces plaies n'a donné issue à des esquilles. La santé néanmoins était assez bonne, lorsque survint une nouvelle grossesse au printemps de 1886 ; alors un retour offensif eut lieu du côté du pied anciennement malade.

Lorsque L... entra dans notre salle au sixième mois, elle était dans l'état suivant : un gonflement considérable occupe toute la région du tarse et le tiers inférieur de la jambe ; la peau est chaude, rouge, sensible au toucher : deux fistules répondant aux abcès antérieurs se sont rouvertes, rendant un pus ténu, peu abondant ; le tendon d'Achille est fort rétracté, les muscles du mollet sont indurés et inextensibles. Les mouvements du pied sont à peu près nuls et provoquent d'ailleurs beaucoup de douleur ; la marche est impossible ; il y a un peu de fièvre le soir et un malaise léger mais continuel. Bref, il existe une ostéo-arthrite subaiguë assez grave, qui explique bien l'altération de la santé générale.

Malgré tout, la grossesse n'en semble point influencée, le ventre est indolent et présente un volume normal pour l'époque du gravidisme. La miction et la défécation s'effectuent aisément ; les mouvements actifs de l'enfant existent et l'auscultation perçoit facilement les pulsations fœtales.

Il importe de dire que L..., insouciante et abandonnée à elle-même, ne s'est jamais soignée convenablement. Jamais elle n'a suivi de traitement spécifique ; quand elle a séjourné à l'hôpital pour sa première atteinte d'ostéo-arthrite tibio-tarsienne, aucune médication n'a été prescrite.

Le diagnostic n'offrait point de difficulté. L... était syphilitique depuis son enfance, sans qu'il soit possible de décider si l'infection était congénitale ou acquise peu après la naissance. Peut-être la tuberculose paternelle lui avait-elle transmis une certaine tendance aux lésions suppuratives et ulcéreuses ; toujours est-il que les trauma-

même légers amenaient très aisément chez elle des gommes abcédées suivies d'ulcérations rebelles. L'ostéo-arthrite présentait également les caractères qu'on rencontre chez les scrofuleux. Malgré tout, mon pronostic ne fut pas trop défavorable et, en tout cas, je m'abstins soigneusement de tout acte opératoire avant d'avoir tenté avec persévérance la médication appropriée. La grossesse d'ailleurs constituait pour sa part une contre-indication sérieuse et le salut de l'enfant exigeait le traitement spécifique.

En conséquence, je plaçai sur le pied une forte couche d'onguent napolitain belladoné, puis un appareil ouaté épais pour réaliser à la fois l'immobilisation et la compression. Je prescrivis le repos absolu au lit et administrai à l'intérieur le traitement mixte, qui fut très bien toléré. Nous obtînmes pour premier résultat la diminution prompte des douleurs et des phénomènes inflammatoires du côté de l'articulation tibio-tarsienne, puis bientôt après la fermeture spontanée des fistules. Les phénomènes généraux imputables à l'arthrite se dissipèrent également et, un mois après l'institution du traitement, L... était dans l'état le plus satisfaisant.

La compression augmentée progressivement sur la jambe fit disparaître à peu près complètement l'empâtement et la rigidité des muscles, sans remédier toutefois à l'équinisme ni à la raideur articulaire. Pendant cinq semaines, le repos au lit fut rigoureusement observé, puis la marche fut permise avec des béquilles.

La grossesse, qui s'était poursuivie jusqu'à son terme sans le moindre incident, et sans que le traitement fût interrompu, se termina en février par la naissance d'un enfant de belle apparence et tout à fait sain. Quinze jours plus tard, L.. allait en convalescence au Vésinet.

Elle est revenue se montrer depuis à l'hôpital. Jamais elle n'a été aussi bien portante. Son pied, toujours ankylosé en extension très prononcée, permet cependant une marche modérée. L'enfant continue à se porter fort bien.

J'ai recueilli à la même époque un autre fait qui peut entrer en série avec les précédents. Il est surtout remarquable par le peu d'importance du traumatisme, qui a suffi néanmoins pour provoquer l'apparition d'une ulcération étendue et rebelle. Il est vrai que, comme dans le cas précédent, le traitement de la diathèse semble avoir été nul jusqu'à l'entrée de la malade dans mon service.

OBS. X. — *Ulcération syphilitique consécutive à une légère écorchure.*

Thérèse A..., vingt et un ans, couturière, pâle et de petite taille, paraissant à peine quatorze ou quinze ans, entre à la Pitié le 11 novembre 1886 pour une plaie de la jambe gauche; malgré sa chétive apparence, elle n'est pas maladive; elle ne porte aucune trace de scrofule, ne tousse jamais et ne présente aucun trouble fonctionnel.

Elle n'a connu ni père ni mère; elle a deux frères qui vivent en province et sont bien portants. A l'âge de dix ans, elle a eu à la face antérieure de la jambe droite des ulcérations qui ont mis fort longtemps à se fermer et qui ont laissé de longues cicatrices lisses, blanches, non adhérentes aux parties profondes et dont la nature spécifique ne saurait être mise en doute. Nous ne pouvons décider toutefois si la syphilis est congénitale ou date seulement de la première enfance.

Quoi qu'il en soit, il y a cinq mois, Thérèse, en descendant d'omnibus, se fait au niveau du mollet une légère écorchure laquelle, au lieu de guérir, se creuse et s'étend de jour en jour sans provoquer d'ailleurs grande gêne ni douleur vive. Au jour de l'entrée, la plaie, qui mesure en moyenne 12 à 15 centimètres dans ses différents diamètres, occupe toute la face externe de la jambe au niveau de son tiers moyen; elle offre des bords taillés à pic, décollés çà et là et festonnés par la réunion de plusieurs cercles empiétant les uns sur les autres; l'aspect est tout à fait caractéristique et il est impossible de ne point reconnaître une ulcération syphilitique.

Depuis cinq mois on a appliqué divers topiques sans aucun résultat, car le mal s'aggrave de jour en jour. Je prescris un bain, le repos, quelques lotions antiseptiques pour déterger l'ulcère, et le 13 on commence le traitement spécifique. Pansement avec l'emplâtre de Vigo; à l'intérieur et quotidiennement, 1 gramme d'iodure de potassium et une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes.

A la levée du premier pansement, l'amélioration est déjà considérable; elle se poursuit sans interruption, à ce point que la guérison est complète au bout de vingt-deux jours.

Nous insérons à la fin de ce chapitre une observation dans laquelle des piqûres de sangsues, ayant été probablement en contact avec du pus chancreux, sont devenues le point de départ d'ulcérations simulant des syphilides traumatiques.

OBS. XI. — *Chancres mous succédant à des piqûres de sangsues et simulant des plaques muqueuses.*

Joseph C..., vingt-six ans, colporteur, forte constitution, bonne santé habituelle, entre à la Pitié le 15 novembre 1873 pour des ulcérations situées sur le trajet du cordon spermatique droit. Les antécédents morbides se bornent à une éruption cutanée générale qu'il aurait contractée au Pérou en 1861 et à une dysenterie datant de 1864.

Le 15 septembre 1873, J..., est atteint d'une blennorrhagie aiguë qui au bout d'un mois, à la suite de fatigue et de coït exagéré, se complique d'orchite du côté gauche. Les douleurs violentes ne cédant pas aux cataplasmes et aux purgatifs, le malade prit un bain et appliqua huit sangsues sur le trajet inguinal du cordon.

L'orchite céda, mais les piqûres s'enflammèrent, devinrent douloureuses et ne firent aucun progrès vers la guérison. C'est pourquoi un mois après J. entra à l'hôpital. A ce moment, la partie interne du pli de l'aine et supérieure du scrotum du côté gauche présentait une série de tumeurs inflammatoires, arrondies, circonscrites, recouvertes de croûtes et rappelant les pustules de l'ecthyma. On employa d'abord, outre le repos absolu, les applications émollientes, puis la glycérine, l'eau phéniquée ou alcoolisée; rien n'y fit. Au contraire, les croûtes tombèrent, laissant à découvert huit plaies du diamètre d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc, tendant à se réunir par leur circonférence, saillantes, à bords bien limités, sans induration, à surface d'un rose gris, tout à fait semblables, en un mot, à de grosses plaques muqueuses.

J..., interrogé longuement, déclare n'avoir jamais eu d'autre maladie vénérienne que la chaudepisse du mois de septembre. On ne découvre aucune cicatrice aux organes génitaux externes, au méat, ni à l'anus; rien à la gorge; point d'éruption croûteuse du cuir chevelu, point d'engorgement des ganglions cervicaux. Dans les aines on trouve de chaque côté une pléiade de petits ganglions durs, mobiles, indolents, qui auraient paru en même temps que l'inflammation des piqûres de sangsues, mais qui n'ont à coup sûr rien de spécifique.

J'allais abandonner complètement l'idée de la syphilis, lorsqu'en explorant la surface du corps je vis en plusieurs points des taches brunâtres tout à fait semblables à celles que laissent certaines syphilides rebelles. Dès lors je pensai qu'il s'agissait d'une syphilis latente, infectant les piqûres de sangsues comme elle l'aurait fait de toute

autre blessure, et ayant fait naître là des syphilides en quelque sorte traumatiques.

En conséquence, le 3 décembre, on institua le traitement suivant : toucher les ulcérations avec une solution de nitrate d'argent; tous les matins, une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes et tous les soirs 1 gramme d'iodure de potassium. Loin de réussir, ces moyens semblèrent aggraver le mal. Les ulcérations s'agrandirent, se creusèrent, et prirent l'aspect des chancres mous. On suspendit le traitement spécifique et l'on reprit pendant quelques jours les pansements simples, qui laissèrent les choses en même état.

Pour éclairer ce diagnostic si obscur, je pratiquai le 5 décembre l'inoculation à la paroi abdominale. Cinq jours après, la pustule caractéristique du chancre mou se développait de façon à lever tous les doutes.

Le 7 décembre, J..., incomplètement délivré de sa blennorhagie, se leva pendant deux ou trois heures, et fut aussitôt pris d'épididymite du côté droit, pour laquelle on prescrivit les frictions avec l'onguent napolitain et les cataplasmes. Les douleurs diminuèrent rapidement, mais une stomatite se déclara, qu'il fallut traiter à son tour. Quant aux chancres mous, que l'action en quelque sorte révulsive de l'orchite parut modifier favorablement, ils furent, à partir du 9 novembre, pansés plusieurs fois par jour avec la solution de chloral à 2 pour 100 ; ce traitement produisit un si bon résultat, que dix jours après les ulcérations étaient complètement cicatrisées.

Ce fait est intéressant à cause des difficultés que présenta le diagnostic, et des obscurités de la pathogénie. Le malade avait peut-être, dans le coït qui avait précédé l'orchite, contracté quelque chancre ayant échappé aux regards par sa petitesse, et qui avait inoculé les piqûres des sangsues appliquées quelques jours après. Peut-être aussi une ou plusieurs sangsues portaient-elles le virus chancreux ? C'est ce qu'il est impossible de décider. Toujours est-il que je restai indécis longtemps et que l'inoculation seule m'a définitivement éclairé.

ACCIDENTS TARDIFS DE SYPHILIS, APPARAISSANT EN D'ANCIENS FOYERS TRAUMATIQUES[1]

PAR M. LE Dr MALÉCOT.

« Les affections traumatiques peuvent se terminer par la guérison parfaite ou imparfaite avec difformité ou infirmité; elles peuvent s'éterniser en quelque sorte, mais elles ne récidivent jamais spontanément. Une fois l'évolution du processus traumatique terminé après un temps plus ou moins long, les choses restent dans le *statu quo* pour toujours. Lors donc qu'au point jadis vulnéré on voit apparaître un état morbide nouveau, on peut conclure à l'existence d'une cause pathogénique nouvelle, soit par exemple une nouvelle violence créant un nouveau trauma, soit une contamination accidentelle, l'application d'un agent physique ou chimique, etc.

« Si après un examen attentif on constate dûment l'absence de toute action morbigène locale, on peut affirmer que l'économie tout entière est envahie par un état constitutionnel extra-physiologique ou pathologique qui retentit sur l'ancien foyer traumatique, comme sur un lieu de moindre résistance.

« Ces données ont pour but de faciliter le diagnostic étiologique, en indiquant la voie à suivre dans la recherche des antécédents. »

C'est par ces propositions que M. Verneuil terminait une de ses leçons cliniques de l'année 1881. Les deux observations suivantes montrent, en effet, toute l'importance des précédents préceptes.

Obs. I. — *Syphilis récente; accidents secondaires légers. — Ulcération à caractères spécifiques d'une ancienne cicatrice osseuse.*

Octave N..., vingt-cinq ans, journalier, entré à la Pitié le 6 décembre 1881, salle Michon, numéro 45. Ni gourmes, ni engorgement ganglionnaire dans l'enfance, excellente santé jusqu'à l'âge de quatorze ans. A cette époque, contusion violente de la crête du tibia droit. Trois semaines plus tard, inflammation locale vive, phénomènes généraux graves liés à une ostéo-périostite du tibia. Incisions multiples, amélioration rapide, mais fistule osseuse persistante. Au bout de cinq ans, M. Cruveilhier pratique l'évidement du tibia. La guérison fut complète après sept mois; il resta cependant, au niveau de la face interne du tibia, une excavation assez profonde, mais partout recouverte d'une bonne cicatrice.

1. Extrait des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1882, p. 228.

Deux ans plus tard, sous l'influence de marches forcées, la plaie se rouvrit; le repos absolu fut gardé pendant cinq mois et la cicatrisation se produisit alors après l'élimination d'une esquille osseuse.

Depuis cette époque la guérison ne s'était pas démentie. N..., toujours bien portant, a pu mener une existence active, marcher des journées entières sans jamais ressentir de douleurs ni éprouver de nouveaux accidents. Il y a deux mois, malgré cet excellent état de santé, la plaie s'est brusquement rouverte sans cause apparente, sans contusion ni excès de fatigue. Depuis, elle n'a eu aucune tendance à guérir; aussi le malade finit-il par solliciter son admission à l'hôpital. Cette ulcération, située vers le tiers supérieur de la face interne du tibia, occupe toute l'excavation précédemment mentionnée; mais ce qui frappe tout d'abord, c'est que ses caractères ne sont point ceux des plaies qui accompagnent d'ordinaire les ostéites. Les bords sont en effet taillés à pic, et le fond, d'une couleur rouge cuivrée, sécrète un pus sanieux de mauvaise nature. En aucun point l'os n'est dénudé, et il n'y a pas eu élimination de séquestre. A un centimètre au-dessous de l'ulcération principale, en existe une autre datant de trois semaines seulement, large comme une pièce de cinquante centimes, mais présentant des caractères identiques. La peau qui les entoure a une couleur rouge livide sur une étendue de trois travers de doigt; ces plaies ne sont point douloureuses.

Ces caractères étant ceux des ulcérations syphilitiques, on est conduit à examiner les organes génitaux. On découvre alors dans le sillon balano-préputial, du côté gauche, la cicatrice d'un chancre récent; les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés. Enfin, comme autre manifestation syphilitique, on trouve une plaque muqueuse sur l'amygdale droite, et un engorgement des ganglions sous-maxillaires correspondants.

Le malade nous raconte alors qu'il a contracté, vers la fin de septembre, un chancre infectant et que, quelques jours après l'apparition de ce chancre, l'ancienne cicatrice osseuse s'est rouverte.

L'ulcération que nous avions sous les yeux était donc sous la dépendance de l'infection syphilitique. On ne pouvait invoquer comme cause ni la présence d'une esquille osseuse, ni l'existence d'un trauma ou de marches forcées. Les accidents s'étaient montrés brusquement, peu de temps après le chancre initial. Dans cette partie du tibia, qui avait été pendant si longtemps le siège d'un travail inflammatoire, la syphilis avait trouvé une tare locale, un *locus minoris resistentiæ*. De plus, elle s'y montrait dès le début, changeant ainsi l'ordre habituel de ses manifestations, et frappant

le squelette longtemps avant d'altérer le derme et les muqueuses.

Le traitement antisyphilitique s'imposait donc. On prescrivit chaque jour une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes et on pansa simplement la plaie au vin aromatique.

Le 30 décembre, après trois semaines de traitement, amélioration considérable. L'ulcération a perdu ses caractères spécifiques; elle marche rapidement vers la cicatrisation.

Obs. II. — ***Syphilis récente : accidents secondaires commençants; arthrite subaiguë survenant dans une articulation fracturée dix-sept ans auparavant.***

X..., vingt ans, imprimeur, constitution assez faible, membres un peu grêles, cependant bonne santé habituelle, aucun indice de scrofule ni de rhumatisme; entré à l'hôpital de la Charité pour une affection du coude gauche. L'articulation est gonflée, déformée, sensible au toucher et spontanément; le bras et l'avant-bras sont moins volumineux que du côté opposé, et manifestement atrophiés. Mouvements de flexion et d'extension limités, difficiles et douloureux; abolition des usages du membre. Cet état remonte à huit jours environ, mais il est le fait d'un travail inflammatoire de fraîche date portant sur une jointure très anciennement lésée.

X... raconte, en effet, qu'à l'âge de trois ans il a eu le coude fracturé comminutivement. La consolidation vicieuse a laissé après elle de la raideur, de la déformation et une notable gêne dans les mouvements; toutefois, ni les douleurs, ni l'inflammation n'ont jamais reparu depuis et le patient était resté assez adroit pour exercer la profession de compositeur d'imprimerie.

Aucun renseignement sur la cause de la nouvelle attaque d'arthrite : ni fatigue, ni effort exagéré, ni contusion, ni refroidissement. L'apyrexie complète excluait l'idée d'une attaque de rhumatisme. On pouvait songer à une arthrite blennorrhagique, mais l'examen de l'urèthre fut négatif : en revanche, en palpant le pénis, on constatait l'existence, dans le sillon balano-préputial, d'une petite induration tout à fait caractéristique d'un chancre infectant à peine cicatrisé; les deux régions inguinales étaient le siège d'une pléiade de ganglions indurés; enfin on voyait sur les avant-bras et le haut de la poitrine une éruption papuleuse commençante.

X... avoua alors qu'il avait contracté sept semaines auparavant un chancre d'ailleurs bénin et indolent, qu'il avait traité fort simplement et auquel il n'avait opposé aucune médication interne.

Dès lors le diagnostic étiologique de l'arthrite devenait très clair.

Il s'agissait simplement d'un accident syphilitique secondaire survenant sur une articulation autrefois vulnérée. En conséquence, au traitement local il fallait associer la médication hydrargyrique.

Cette observation n'a pu être continuée, le malade ayant quitté l'hôpital au bout de quelques jours.

Dans la même leçon, M. Verneuil montra un autre malade chez lequel une lésion traumatique survenue au début de la période secondaire revêtit d'emblée les caractères d'une ulcération spécifique.

Obs. III. — *Syphilis secondaire commençante. — Chute sur le grand trochanter. — Plaie contuse. — Développement rapide d'une eschare : à la chute de celle-ci, syphilide ulcéreuse.*

Louis D..., vingt-trois ans, garçon de salle, entre le 25 décembre 1881 salle Michon, 39. — Vigoureux, bien musclé, bonne santé habituelle, point d'alcoolisme. Coït suspect le 6 juin. Dans les premiers jours de juillet, apparition d'un chancre à la partie inférieure du fourreau de la verge; guérison au bout de douze jours, avec persistance de la cicatrice. En août, roséole, puis éruption papuleuse et chute des cheveux. Traitement, pendant deux semaines à peine, par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium.

Les manifestations secondaires, peu intenses pendant les mois d'octobre et de novembre, se sont subitement aggravées depuis le commencement de décembre. Violentes douleurs de gorge, nombreuses plaques muqueuses du prépuce, de l'anus, des lèvres; éruption papulo-squameuse confluente sur le tronc et les cuisses, chute des cheveux, céphalée nocturne ; douleurs ostéocopes, engorgement des ganglions inguinaux, sous-maxillaires et sous-occipitaux. Enfin à la partie supérieure et interne de la cuisse droite, au niveau du grand trochanter, apparition d'une eschare de la largeur d'une pièce de deux francs. En ce qui concerne l'origine de ce dernier accident, L... raconte qu'il a succédé à une chute sur la hanche, arrivée quelques jours auparavant. En ce point sont survenues des douleurs spontanées très vives surtout la nuit, lesquelles ont entraîné par suite une claudication assez marquée.

A peine le travail d'élimination de l'eschare est-il commencé, qu'on voit le sillon tracé entre le mort et le vif se creuser en profondeur, et à la chute de la croûte il reste un ulcère à fond grisâtre, à bords taillés à pic, pigmentés, indurés. Donc chez cet homme en puissance de syphilis, non seulement le traumatisme a provoqué une manifestation locale, mais il lui a encore imprimé un cachet particulier.

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES SYPHILIDES TRAUMATIQUES

PAR M. OZENNE, INTERNE DES HOPITAUX.

Depuis que M. Verneuil et ses élèves ont mis en lumière l'influence des états constitutionnels et des diathèses sur le résultat des opérations chirurgicales, et le retentissement du traumatisme sur ces mêmes états et sur ces mêmes diathèses, chaque jour apporte des preuves à l'appui de ces idées utiles.

En France, la partie est gagnée : la constitution des blessés est soumise à des investigations minutieuses et, sauf le cas d'urgence, les indications opératoires sont réglées par l'état général des malades. Le progrès s'accomplira un jour ou l'autre à l'étranger ; en attendant, comme l'ensemble de ces études présente encore des lacunes, il est bon de multiplier les faits : ceux-ci sont déjà nombreux pour le rhumatisme, la goutte, le cancer, la tuberculose, le diabète, le paludisme ; nous apportons notre contingent au dossier de la syphilis. M. L.-H. Petit et quelques chirurgiens, M. Malécot et M. Verneuil lui-même, ont déjà fourni des matériaux; nous y joignons les nôtres.

Lorsque M. Verneuil publiait, dans la *Revue de médecine et de chirurgie* de 1879, les observations rapportées plus haut (p. 601), il les donnait comme preuve évidente :

1° Que le trauma opératoire réveille parfois la syphilis, dont la gravité peut être augmentée et dont l'influence, d'autre part, peut notablement troubler, arrêter le travail réparateur des blessures;

2° Que l'action excitatrice du traumatisme se concentre de préférence sur les viscères déjà tarés, et est capable d'y faire naître des accidents plus ou moins intenses.

Dans ces observations, nous voyons que les manifestations diathésiques apparaissent là où l'économie ne peut lutter avec autant d'avantages qu'ailleurs : ainsi, lieu de moindre résistance, de date plus ou moins récente, et trauma opératoire sont l'un et l'autre favorables au développement de la diathèse.

Les faits suivants montrent qu'il en est de même pour les traumas accidentels et que les mêmes influences existent pour eux : en effet, tantôt la maladie générale, latente ou évidente, influe sur

1. Extrait de l'*Union médicale*, 3e série, t. XXXV, p. 445, 1883.

la marche de la lésion traumatique; tantôt cette dernière influe sur la maladie générale, soit en la rappelant, soit en modifiant ses allures, si elle est en pleine évolution.

Obs. I. — *Brûlure au second degré; nulle tendance à la cicatrisation après cinq semaines. — Traitement antisyphilitique. — Guérisón prompte.*

Rose D..., vingt-neuf ans, cuisinière, entrée à la Pitié le 14 décembre 1882. C'est une fille fraîche et robuste, présentant les apparences de la plus belle santé et n'offrant aucune trace de scrofule ni de rhumatisme.

Cinq semaines auparavant, elle s'est laissé tomber sur le dos du pied droit de la graisse chaude : d'où brûlure au second degré, étendue de la racine des orteils à la ligne tarso-métatarsienne.

D... n'a pas interrompu son travail; elle a pansé la plaie d'abord avec du papier huilé, puis avec des cataplasmes de fécule. Au bout de cinq semaines, le mal n'avait fait aucun progrès vers la guérison; la plaie paraissait plus large et plus profonde; on aurait cru que la brûlure avait été primitivement plus grave. La couche granuleuse avait mauvais aspect, sans revêtir toutefois les caractères des ulcérations spécifiques, strumeuses ou syphilitiques. Les douleurs n'étaient pas perçues au repos, mais elles s'éveillaient par la marche et la station debout.

État général d'ailleurs excellent. Point de lymphangite ni d'adénopathie inguinale. Nulle trace de varices. Pendant une semaine, malade soumise au repos absolu et plaie pansée avec la solution phéniquée à 2 p. 100; il n'en résulta aucune amélioration.

M. Verneuil, partant alors de ce principe que tout retard dans la guérison d'une blessure convenablement traitée implique nécessairement l'existence d'une cause pathologique antérieure, locale ou générale, se mit en devoir de chercher cette cause.

Il fallait éliminer d'abord toute affection du voisinage; le membre était absolument sain, et il n'y avait pas de lésions abdominales; les battements du cœur étaient réguliers, les fonctions digestives parfaites, les urines tout à fait normales. Pas d'antécédents fébriles. Nulle trace de strume.

Les diverses causes capables de retarder la cicatrisation des plaies étant ainsi mises de côté, il ne restait plus que la syphilis. La malade, interrogée sur ce point, protesta naturellement, ce qui n'empêcha pas l'institution du traitement suivant :

Pansement avec le sparadrap de Vigo, renouvelé tous les trois ou

quatre jours : à l'intérieur, 1 gramme d'iodure de potassium tous les jours.

Le résultat ne se fit pas attendre. Les douleurs disparurent très rapidement. Au bout de huit jours, la plaie avait diminué de moitié ; les bourgeons s'étaient affaissés et avaient pris une coloration rose. Une large zone épidermique d'un beau blanc occupait la circonférence et tendait à envahir le centre.

Le 9 janvier, dix-huit jours après le commencement du traitement, la cicatrisation est si près d'être complète que la malade demande et obtient son *exeat*.

Le *naturam morborum ostendunt curationes* trouvait ici son entière application.

Obs. II. — *Plaie contuse du deuxième orteil. — Syphilides ulcéreuses du même doigt et de la commissure. — Syphilides ulcéreuses du scrotum.*

F... (Henri), âgé de cinquante-deux ans, ajusteur, entre le 27 janvier 1883, salle Michon, service de M. Verneuil.

Il y a une trentaine d'années, le malade contracte un chancre, dont la cicatrisation se fait attendre deux mois ; cautérisation au nitrate d'argent. A la suite, plaques muqueuses buccales et angine de courte durée. Disparition sans traitement spécifique.

Jusqu'en 1882, aucun accident syphilitique. Varicocèle et hernie scrotale gauches.

Le 9 août dernier, le malade s'enfonce la pointe d'un clou dans la pulpe du deuxième orteil gauche ; la blessure s'enflamme, suppure et n'arrive à cicatrisation qu'au bout de trois mois. Dans la quinzaine qui suit, apparaissent des ulcérations sur la face dorsale du même orteil, au niveau de la première commissure et sur les téguments du scrotum.

Le jour de l'entrée du malade, ces ulcérations présentent un fond grisâtre, recouvert de sanie purulente, des bords déchiquetés, inégaux, taillés à pic et douloureux à la pression. Sur le scrotum, plusieurs ulcérations indolentes nettement syphilitiques.

Traitement : 1 pilule de proto-iodure de 5 centigrammes, et 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

5 février. — Amélioration notable. Suppuration moindre. Coloration rouge des ulcères. Affaissement et régularisation des bords. Disparition de la sensibilité des premiers jours.

9 février. — Le mieux se continue, les ulcérations ont perdu leur caractère spécifique et marchent rapidement vers la cicatrisation.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : la syphilis reste latente pendant vingt-cinq ans; un léger trauma survient et immédiatement la diathèse sommeillant se réveille et se manifeste dans les deux points faibles de l'économie : au pied, siège de la blessure, et au scrotum, siège d'une hernie et d'un varicocèle. Une simple coïncidence ne nous paraît guère défendable.

Obs. III. — *Plaie contuse de la région plantaire, influencée dans son évolution par la diathèse syphilitique.*

Am... (Charles), âgé de trente et un ans, machiniste, entre le 30 septembre 1882, salle Michon, n° 51, service de M. Verneuil.

Chancre en 1874 : traitement au mercure et à l'iodure de potassium pendant un mois et demi. En 1880, ecthyma syphilitique sur les membres inférieurs, traité à Saint-Louis par l'emplâtre de Vigo et l'iodure.

Vers le milieu de novembre dernier, à la suite de marches prolongées et d'une pression continue, déterminée par la saillie d'un clou sur la semelle de la chaussure, une petite tumeur douloureuse apparaît à la région plantaire, au niveau de la partie moyenne du bord externe. Quelques jours après, le durillon forcé, ainsi que l'appelle le malade, s'accroît, devient plus sensible, se ramollit et s'ouvre en laissant écouler un liquide purulent.

Actuellement, on constate une ulcération ovalaire, recouverte d'un pus grisâtre abondant et limitée par des bords saillants, durs, inégaux et d'un rouge foncé; vives douleurs à la pression; marche impossible. La plaie, nettoyée, laisse apercevoir en son milieu un îlot de peau restée intacte.

Pendant une quinzaine de jours, des pansements phéniqués sont appliqués sur la plaie, sans autre résultat que de déterminer des douleurs spontanées très vives; ils sont remplacés par des cataplasmes de farine de lin. Mais aucune amélioration ne survient; c'est alors qu'un examen plus minutieux fait reconnaître la nature syphilitique de quelques cicatrices que le malade porte sur les jambes. L'emplâtre de Vigo, l'iodure de potassium et les pilules de proto-iodure sont prescrits. Au bout de huit jours, l'amélioration est sensible, la suppuration diminue, le fond de la plaie tend à se mettre de niveau avec les bords, qui s'affaissent. Dans la semaine suivante, on voit la cicatrisation marcher de la périphérie vers l'îlot cutané médian, autour duquel se fait également le travail réparateur. Le 1er février, la cicatrisation est complète.

Dans cette observation on voit nettement l'influence de la diathèse

sur la blessure. Tant que le traitement spécifique n'est pas mis en usage, l'ulcère reste stationnaire et sa sensibilité est extrême : avec le mercure et l'iodure, les douleurs disparaissent et la guérison est rapide.

Obs. IV. — *Accidents secondaires développés sous l'influence du traumatisme.*

X..., étudiant, vingt-cinq ans : vigoureux, bien musclé; bonne santé habituelle; pas de rhumatisme, pas d'indice de scrofule.

Dans le courant de l'année 1877, le malade contracte un chancre induré, dont la cicatrisation est complète en trois semaines. Aucun traitement interne n'est suivi. En janvier 1879, apparaissent quelques petites ulcérations buccales qui cèdent au chlorate de potasse, et une laryngite qui persiste encore aujourd'hui, après des périodes successives d'augmentation et de diminution.

En février 1881, le malade, engagé volontaire *dans la cavalerie* depuis le mois de novembre, constate, à la partie moyenne de la face interne de la jambe droite, l'apparition d'une tumeur indolente, sans changement de coloration de la peau, et qui atteint assez rapidement la grosseur du pouce. Dure dans les premiers jours, elle se ramollit au bout d'une semaine, puis s'ulcère et laisse écouler un liquide rouge grisâtre. Quelques jours après, surviennent sur les deux membres inférieurs, au nombre d'une quinzaine environ, des ulcérations de largeur et de profondeur variables, complètement indolentes et laissant suinter un liquide purulent assez abondant.

Pendant deux mois, ces ulcérations sont pansées avec le vin aromatique, sans qu'il s'y produise aucun changement, et la cicatrisation n'est obtenue que le jour où un médecin, reconnaissant la nature spécifique de ces plaies, prescrit le sirop de Gibert : dix jours de traitement ont suffi pour procurer la guérison. Actuellement les cicatrices sont caractéristiques.

En résumé, chez ce jeune homme en puissance de syphilis, un [tra]uma peu violent, mais continu, le *frottement de la jambe contre [le] corps du cheval et contre la lanière de l'étrier*, provoque en ce [po]int l'apparition d'une gomme. Sous l'influence de ce traumatisme, [la] diathèse se réveille et des syphilides ulcéreuses viennent couvrir [les] membres inférieurs[1].

1. Nous avons déjà vu, dans une observation de la thèse de M. Petit (p. 570), [la] manifestation syphilitique naître à la suite d'irritations répétées.

OBS. V. — *Gomme de la région mammaire. — Traumatisme antérieur.*

Bl... (Aurore), quarante ans, concierge, entre le 16 avril 1875 salle Sainte-Catherine, n° 8, hôpital de la Charité, service de M. le professeur Gosselin.

Santé habituelle bonne. Pas de traces de strume ni de syphilis. Sur les seins plusieurs cicatrices, reliquats d'abcès post-puerpéraux à l'âge de vingt-trois ans.

Depuis quelques années, la malade présente de temps à autre des attaques dans lesquelles elle perd connaissance. Vers la fin de mars dernier, lors d'une de ces attaques, elle s'est, dans sa chute, frappée le sein gauche, comme semblent l'indiquer quelques douleurs ressenties après l'accident.

Le 10 avril elle a constaté, au-dessus du mamelon gauche, la présence d'une petite tumeur, dure, indolente, dont le volume a graduellement augmenté. Actuellement on note dans ce point une tumeur de la grosseur d'un marron, dont la face antérieure est aplatie; les téguments qui la recouvrent sont sains; mobile sur les parties profondes, indépendante de la glande mammaire, qu'on isole facilement, elle se confond, à sa périphérie, avec le tissu cellulaire environnant, et semble développée dans l'épaisseur de la couche sous-cutanée. Indolente spontanément et à la pression, elle offre une consistance inégale; dure à la périphérie, molle, presque fluctuante, dans sa partie centrale.

Point d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle. Aucune manifestation syphilitique autre qu'une céphalalgie bi-temporale survenue depuis quelques jours et des douleurs nocturnes dans les jambes.

M. Gosselin diagnostique une gomme et prescrit le sirop de Gibert. En un mois la guérison est complète.

Dans ce cas, il ne semble guère possible de mettre en doute l'action du trauma sur le développement de la gomme et des douleurs nocturnes. La maladie s'est réveillée et s'est manifestée en plusieurs points; pour la région mammaire, qui quinze ans auparavant avait été le siège d'abcès, on peut se demander si elle n'était pas un *locus minoris resistentiæ*.

D'un nombre aussi restreint d'observations, bien qu'elles soient démonstratives, il ne serait pas possible de tirer des conclusions générales, si nous n'avions pas à invoquer celles qui ont déjà été publiées, et en outre la pratique journalière de chaque chirurgien. De pareils faits se sont souvent présentés; on les a notés sans

les publier, et, soit qu'on n'ait pas soupçonné les rapports des deux affections, soit que l'attention n'ait pas été attirée de ce côté, ils sont restés inconnus.

On peut objecter que ce n'est là qu'une hypothèse et, qu'en dehors de quelques cas, l'influence du trauma sur la diathèse n'est pas nettement établie.

Nous répondrons avec M. Verneuil[1] : « Dans certains cas, l'influence est unilatérale. Le trauma, sans changer d'allures et tout en marchant à souhait, provoque, détermine, excite, aggrave la propathie constitutionnelle... ou bien, sans que l'organisme présente en apparence le moindre trouble consécutif à la blessure, on constate diverses anomalies dans le travail réparateur, et on observe dans le foyer traumatique des changements, qui traduisent un état constitutionnel latent partout ailleurs. Enfin, on constate plus exceptionnellement l'influence réciproque, ou réaction bilatérale. »

M. Verneuil cite de nombreux exemples, et, dans un autre chapitre du même travail, montre par des faits que « le traumatisme crée des lieux de moindre résistance, qui peuvent rester indéfiniment silencieux, mais qui sont aussi, quelle que soit leur ancienneté, exposés à répercuter l'écho des métapathies constitutionnelles ; la réciproque est également vraie ».

Ces données générales, applicables aux propathies, ne le sont pas moins à la diathèse syphilitique, et si, dans un certain nombre de cas, les deux affections, trauma et syphilis, peuvent évoluer parallèlement, complètement indépendantes l'une de l'autre, ou si, une influence réciproque existant, il en résulte parfois une amélioration générale, il n'en est pas moins vrai que très souvent il y a rapport intime et fâcheux entre les deux.

1. *Le traumatisme*, in *Revue de chirurgie*, janvier 1881.

DES ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES

DES MEMBRES INFÉRIEURS

J'ai observé deux variétés curieuses d'ulcères des membres inférieurs d'origine syphilitique, l'une accompagnant presque toujours les varices, l'autre en étant le plus souvent indépendante.

J'avais remarqué depuis longtemps que les ulcérations syphilitiques de cette région étaient beaucoup plus graves chez les individus affectés de varices. Lorsque je fis mention de ce fait en 1874 à la Société anatomique[1], je considérais les varices comme créant un lieu de moindre résistance, sur lequel la syphilis se localisait de préférence et avec plus de ténacité que sur le reste du membre.

Un de mes élèves, M. le D. Lorimy, dans sa thèse inaugurale[2], sembla vouloir reprendre question ; mais bien qu'il eût, dans le cadre de son travail, reservé une place aux ulcères syphilo-variqueux, il oublia de les décrire dans la suite.

La thèse plus récente de M. Gauvin n'est pas plus explicite[3]. La question fut reprise depuis lors par deux de mes meilleurs élèves, M. Nepveu (1884), dont je reproduirai la note plus loin, et M. A. Broca, dont j'analyserai l'importante thèse (1886).

La seconde variété d'ulcère de jambe à laquelle je faisais allusion a été désignée par moi en 1877 sous le nom d'*ulcus elevatum tertiaire*. Outre la note que j'ai publiée sur ce sujet et que je vais reproduire, on trouvera encore un fait du même genre dans la thèse plus récente de M. Mirpied (1882), fait que nous avons inséré *in extenso* dans la note de M. Nepveu, au lieu du simple résumé qui en était donné.

1. Verneuil, *Bull. de la Société anatomique*, novembre 1874, p. 77[illegible]
2. Lorimy, *Des ulcères et en particulier des ulcères syphilitiques sié[illegible] aux membres inférieurs*. Th. de doct. Paris, 1876.
3. Gauvin, *Étude sur l'étiologie des ulcères de la jambe*. Th. de Paris, [illegible]

NOTE SUR L'ULCUS ELEVATUM TERTIAIRE[1].

Chacun sait que la syphilis a le pouvoir de détruire et d'hypertrophier nos tissus, de procéder par ulcération et par prolifération, et d'engendrer enfin soit des pertes de substance, soit des tumeurs.

Ce double travail peut s'effectuer en un même point : on voit tous les jours à l'hyperplasie succéder la destruction, et réciproquement. Dans ce dernier cas, sur lequel je veux aujourd'hui rappeler l'attention, la perte de substance est successivement comblée, puis remplacée par des produits de nouvelle formation. Le fait est bien connu pour l'accident primitif. La métamorphose en plaque muqueuse du chancre, et surtout de l'érosion chancreuse, est chose vulgaire. La lésion qui en résulte a même reçu le nom d'*ulcus elevatum*, que tous les nosographes ont accepté. Semblable transformation n'est pas rare pour les syphilides ulcéreuses, comme il m'a été donné d'en voir récemment un bel exemple, à l'hôpital de la Charité, chez un cachectique dont les quatre membres étaient couverts de rupia à tous les degrés ; en plusieurs points, à la place des croûtes et les ulcérations, s'élevaient des tumeurs fongueuses d'un rouge livide, saignant au moindre contact, débordant de plusieurs millimètres le pourtour de la perforation cutanée.

Enfin, j'ai vu assez souvent la kéloïde syphilitique, pour m'étonner qu'elle ait été longtemps contestée.

Je viens de rencontrer dans cet ordre de faits deux cas remarquables que je crois bon de faire connaître, car jusqu'à ce jour je n'ai rien observé de semblable.

Le premier cas avait laissé dans mon esprit quelques doutes que le second a complètement dissipés.

Obs. I. — Un homme de cinquante ans environ entre dans mon service au printemps de 1876, pour une singulière affection de la jambe droite. Le mal, disait-il, remontait à plus d'une année, mais s'était aggravé particulièrement depuis quelques mois. Il avait débuté par des ulcérations circonscrites peu étendues et peu profondes qui s'étaient réunies et avaient formé une vaste plaie occupant la partie antérieure et inférieure de la jambe. Peu à peu cet ulcère, qui

1. Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, 17 janvier 1877.

d'abord était légèrement creux, s'était élevé, de sorte qu'à sa place on voyait une véritable tumeur, large de 6 centimètres environ, longue de 8, et faisant au-dessus du plan des parties voisines une saillie de près de 4 centimètres à son point culminant, et allant en mourant se continuer avec la circonférence de l'ulcère. Cette masse était recouverte de pus sanieux et de quelques débris grisâtres rappelant le tissu cellulaire mortifié. Lorsque au bout de deux ou trois jours elle fut détergée par des pansements convenables, elle offrait les caratères suivants : coloration rose, rappelant celles des bourgeons de bonne nature, rénitente dans sa totalité, mais ferme à sa base et un peu plus molle à sa surface; peu vasculaire, car elle ne saignait point facilement au contact, indolente au toucher et ne provoquant non plus aucune douleur spontanée.

On ne parvenait point à la déplacer; elle semblait adhérer largement par sa base à la face antérieure des muscles et surtout des tendons de la région correspondante. Les mouvements des orteils et du pied ne la mobilisaient point, et, à leur tour, ne paraissaient pas gênés par sa présence. Les bords de l'ulcère n'étaient point décollés ni taillés à pic et n'offraient, en un mot, aucun caractère spécifique. La jambe était maigre, sans trace quelconque de varices superficielles ni profondes, et sans induration du tissu cellulaire sous-cutané. Le tégument, toutefois, présentait en plusieurs points une coloration brunâtre sur laquelle on voyait des taches plus blanches, légèrement déprimées et faciles à reconnaître pour ces cicatrices d'anciennes ulcérations. Les ganglions inguinaux, les verticaux surtout, étaient assez volumineux, fermes au toucher, mais parfaitement indolents.

Lorsque je voulus comparer ce membre avec celui de l'autre côté je constatai qu'une amputation avait été pratiquée au lieu d'élection supérieur. Interrogé sur les causes de cette mutilation, le malade peu intelligent du reste, m'apprit que l'amputation avait été faite plusieurs années auparavant pour un ulcère très étendu et très ancien, qui avait résisté à tous les traitements et nécessité le sacrifice du membre.

Je m'évertuai à chercher, dans les antécédents, les causes de cette double affection, mais je n'obtins que des renseignements sans valeur; le malade ne se rappelait point avoir eu la syphilis; il avait oublié tous les accidents morbides de son enfance et de sa jeunesse et ne présentait d'ailleurs aucune trace de scrofule; rien ne permettait davantage de le soupçonner d'alcoolisme.

L'examen des grands viscères et des fonctions de nutrition res-

tout aussi négatif; point de toux, rien au cœur, digestion passable; le patient est pâle, faible et amaigri, mais ce mauvais état général s'expliquait suffisamment par la misère dans laquelle il vivait, faute de pouvoir travailler et forcé qu'il était de subsister aux dépens de la charité publique.

Depuis que son mal s'était aggravé, c'est-à-dire depuis plusieurs mois, le malade avait déjà couru les hôpitaux, d'où il avait été renvoyé au bout de quelque temps, et après diverses tentatives de traitement restées sans effet.

Je fus fort embarrassé pour porter le diagnostic, n'ayant jamais rien vu de semblable, bien qu'un nombre considérable d'ulcères de la jambe se soient offerts à mon observation. On ne pouvait songer ni au cancer ni au cancroïde; l'absence de douleurs, la mollesse et la bonne qualité relative des bourgeons, l'absence d'hémorrhagie, tout faisait repousser cette hypothèse; il ne s'agissait point davantage d'une tumeur d'abord sous-cutanée et consécutivement ulcérée, par cette raison que l'ulcération avait précédé de beaucoup la production hypertrophique. Je songeai quelques instants à l'existence de fongosités développées dans les gaines synoviales des trois tendons de la région; mais, si la plus grande partie de la tumeur répondait en effet à ces gaines, la masse morbide remontait bien au-dessus de leurs limites supérieures, et reposait sur la partie charnue elle-même des muscles correspondants.

Il ne pouvait être question d'un ulcère variqueux, d'abord parce qu'il n'existait point de varices évidentes, qu'ensuite la plaie n'occupait pas les régions de prédilection de cette lésion, et qu'enfin lorsqu'un travail hyperplasique accompagne les ulcères variqueux, il se montre à leur périphérie et non point à leur centre.

Par élimination et faute de meilleure hypothèse, je soupçonnai qu'il pouvait bien s'agir d'une production syphilitique à forme insolite. La bénignité relative du mal, son début par des ulcérations isolées, l'existence de cicatrices éparses jusqu'à la partie supérieure de la jambe, plaidaient en faveur de ce diagnostic, toutefois un peu aventuré. Je voulus m'aider en ce cas des lumières de la thérapeutique. J'instituai tout d'abord un traitement simple par les bains, le repos, les cataplasmes émollients, les plus grands soins de propreté, et enfin un régime réparateur. Plus tard j'employai les pansements antiseptiques et la compression méthodique avec une bande roulée.

Je n'obtins rien ou presque rien de ces mesures continuées cependant plus de quinze jours. Alors je me décidai à administrer l'iodure

de potassium à l'intérieur, et à recouvrir la tumeur de bandelettes imbriquées de sparadrap de Vigo.

Cette fois, l'amélioration ne se fit pas attendre; en moins de deux semaines, la tumeur avait diminué de moitié. Les progrès furent moins rapides dans la suite; néanmoins la saillie finit par s'effacer, laissant à sa place un ulcère plat, très réduit en dimensions, mais dont je ne pus obtenir la fermeture complète, malgré les nombreux topiques que je mis en usage.

Au reste, le patient, qui ne souffrait nullement, se levait et se promenait comme les autres malades. Plusieurs fois je le crus près de guérir, mais la cicatrice très fine, très lisse, très adhérente, se déchirait et s'ulcérait avec la plus grande facilité. Au mois d'août, lorsque je quittai mon service, il ne restait plus qu'une plaie de quelques millimètres d'étendue, très superficielle, sans mauvaise apparence, mais aussi sans tendance à la guérison. J'ai perdu de vue le sujet.

Je ne variai pas moins le traitement interne que les topiques: j'administrai en effet l'iodure de potassium et le proto-iodure d'hydrargyre, soit seuls, soit combinés; le sirop de bi-iodure ioduré, etc., en même temps, les toniques, les bains, le bon régime. Les spécifiques furent le plus souvent bien tolérés.

Obs. II. — *Syphilis et alcoolisme. — Cirrhose — Anasarque. — Ascite.* Ulcus elevatum *de la jambe.*

X..., tripier, trente-cinq ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 2 décembre 1876, pour des ulcères multiples des membres inférieurs. C'est un homme de petite taille, d'apparence cachectique, à membres grêles, à tête fine; tout le tégument est d'une pâleur extrême, et, n'était l'éclat du regard, on croirait avoir sous les yeux un vieillard d'au moins soixante ans.

La face est légèrement bouffie; le cou, les épaules, les membres supérieurs sont très amaigris; au contraire, les deux membres inférieurs sont du haut en bas le siège d'un gonflement œdémateux qui en double au moins le volume; l'infiltration occupe également le scrotum, le paroi abdominale antérieure et le tronc lui-même jusqu'au voisinage des aisselles. Le ventre est saillant, ballonné, distendu, en partie par des gaz, en partie par un épanchement séreux assez abondant.

En dépit de ces fâcheuses apparences, X... affirme qu'il se porte bien, qu'il a continné son travail jusqu'à ces derniers jours, que seules ses jambes le font souffrir. A son dire, il a toujours été

maigre et d'aspect chétif, mais jamais il ne s'est alité; il dort passablement, conserve son appétit et digère convenablement, sans constipation ni diarrhée.

Il ne cache point ses goûts d'intempérance; il boit régulièrement deux à trois litres de vin par jour, sans compter quelques petits verres d'eau-de-vie; une fois par semaine il se grise entièrement; ses mains tremblent légèrement dans l'extension; il a la parole brève et cette affectation que mettent si souvent les ivrognes à affirmer eur bonne santé. Jamais il n'a présenté de symptômes de scrofule lans son enfance ou sa jeunesse, ni de rhumatisme. En revanche, il a contracté la syphilis il y a cinq ans.

Il nous renseigne fort incomplètement sur les accidents primitifs et secondaires; nous finissons cependant par comprendre qu'il a eu à verge une petite plaie cutanée. Heureusement, en découvrant le ras droit, nous y voyons les traces non équivoques de syphilides lcéreuses très caractérisées, qui ont paru une année environ après chancre, ont duré plusieurs mois, et se sont, à la longue, définivement cicatrisées.

Un peu avant, c'est-à-dire il y a quatre ans et demi, des boutons uraient paru sur les deux jambes, suivis de petites plaies, dont les ines se seraient cicatrisées et dont les autres auraient toujours ugmenté d'étendue.

X... a soigné fort peu de temps son chancre; il croit avoir pris s pilules pendant quinze jours ou trois semaines, mais jamais n'a fait de traitement spécial pour les ulcérations des membres ni mais interrompu son travail. Il finit cependant par reconnaître que puis l'accident, et surtout dans les trois dernières années, sa santé érale a souffert et que ses forces ont diminué. Le gonflement des mbes n'apparaissait d'abord que le soir, par suite de la station olongée; il ne serait devenu permanent et n'aurait gêné le travail e depuis un mois seulement.

A première vue et avant d'avoir recueilli les renseignements qui écèdent, j'avais cru à une maladie de Bright; mais les urines, aminées séance tenante, sont claires, plutôt pâles, et ne renferment pas trace d'albumine.

L'examen du pouls et du cœur est absolument négatif, ainsi que ui du poumon et des plèvres; donc, nous pensons aussitôt à la rhose. Malheureusement, l'exploration du foie est très difficile. palpation est rendue malaisée par le ballonnement du ventre et une forte contracture des muscles droits. La percussion n'accuse une façon claire ni augmentation ni diminution notable de la glande

hépatique. La pression n'est pas douloureuse au niveau de l'hypochondre droit. La peau est pâle, terreuse, mais non ictérique; les sclérotiques sont d'un blanc nacré pur; jamais de vomissements; s'il faut en croire X..., les fonctions digestives sont intactes.

Néanmoins, je n'hésite point à diagnostiquer une cirrhose. Je n'éprouve d'embarras qu'à décider si elle est syphilitique ou alcoolique, puisque le patient est atteint des deux genres d'empoisonnement. Dans le doute, j'accepte provisoirement la première hypothèse, beaucoup plus favorable au point de vue du pronostic et, malgré l'état cachectique, en fondant mon espoir sur le bon état relatif des premières voies, je prescris le proto-iodure à la dose de 5 centigrammes par jour. Le médicament est parfaitement toléré. Au bout de huit jours j'y joins, le soir, 1 gramme d'iodure de potassium, qui passe tout aussi bien.

Dix jours après l'ingestion de la première pilule mercurielle, le changement est surprenant. L'œdème a disparu au thorax, à la paroi abdominale, au scrotum, aux deux cuisses; il a diminué de moitié aux jambes; l'ascite a disparu. X... accuse un bien-être extrême et reprend un peu de gaieté.

Le diagnostic étant définitivement posé, je n'y reviendrai plus et vais insister maintenant sur l'état des jambes, que je n'ai point encore décrit.

A droite, la peau est brunâtre, lisse, luisante, dans tout le tiers moyen du membre; à la partie antérieure et interne existe un ulcère peu profond, mais large de 5 centimètres sur 7, à grand diamètre transversal, à fond grisâtre, à bords taillés à pic, dentelés et légèrement décollés sur plusieurs points. Au-dessus et au-dessous tranchent sur la coloration brune des taches blanchâtres, vestiges d'ulcérations plus petites qui se sont cicatrisées. Près du genou et au niveau des malléoles, le tégument est sain et seulement œdématié. L'œdème est particulièrement dur à la hauteur du cou-de-pied et va en s'amoindrissant jusqu'à la ligne métatarso-phalangienne.

L'ulcère dure depuis trois ans et demi; il a succédé, parait-il, à une contusion reçue au niveau de la face antérieure du jambier antérieur; il a été alternativement plus étroit ou plus large.

C'est à la jambe gauche que le mal a tout d'abord débuté, sans violence extérieure, par une série de boutons qui, au voisinage du genou, ont laissé en se fermant des taches fortement pigmentées ou des cicatrices blanchâtres un peu déprimées et qui, plus bas, se sont réunies pour former un vaste ulcère lequel, depuis sa formation,

ne s'est jamais fermé. Il siége un peu au-dessous de la naissance du tendon d'Achille et occupe environ la moitié de la circonférence de la jambe ; son grand axe transversal mesure 8 à 9 centimètres ; son petit axe, 6 centimètres ; sa circonférence, comme à droite, est circulaire, dentelée et taillée à pic ; le fond est excavé en dedans dans l'étendue de 1 centimètre et demi ; partout ailleurs l'excavation est remplacée par une saillie considérable généralement convexe, mais bosselée, inégale, qui, dans ses points culminants, proémine au moins de 2 centimètres au-dessus du plan des parties adjacentes.

La tumeur qui s'élève ainsi du fond de l'ulcère est constituée par un tissu mollasse à la superficie, rénitent et élastique à sa base, et qui présente la plus grande analogie avec la masse hémisphérique que j'ai décrite dans la précédente observation ; tissu, du reste, tout à fait indolent, non sensible et non saignant au contact, rappelant l'aspect du fongus bénin du testicule.

Au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, puis vers la partie interne de la jambe, on voit en outre plusieurs petites ulcérations circulaires qui sont tout à fait comparables à des gommes ulcérées. Le bas de la jambe et la région malléolaire sont sains, sauf l'œdème. Il n'y a pas de vestiges de varices, aux jambes ni aux cuisses. Les tibias ne sont ni hyperostosés, ni douloureux à la pression.

Tel était l'état des choses au moment de l'entrée du malade. La disparition de l'œdème ne les modifia pas d'abord notablement. Les régions tibio-tarsiennes restèrent volumineuses et empâtées. La pigmentation et les cicatrices devinrent seulement plus manifestes ; quant aux ulcères, ils prirent meilleure apparence ; leurs granulations devinrent plus fines, plus fermes et plus roses. Au lieu de diminuer, la tumeur fongueuse du côté gauche sembla même s'accroître en partie par l'affaissement des bords de la solution de continuité et en partie parce que la portion excavée de l'ulcère se remplit à son tour de bourgeons analogues à ceux de la masse voisine.

Vers la troisième semaine cependant, le syphilome commença à s'affaisser un peu, sous l'influence, sans doute, de la compression faite avec des bandelettes imbriquées de sparadrap de Vigo.

Aujourd'hui, la cicatrisation marche encore avec une extrême lenteur, bien que le gonflement ait presque entièrement disparu.

Ces deux faits ont présenté une si grande analogie, que je n'hésite point à les réunir et à les croire capables de justifier l'admission d'une lésion particulière aux ulcères syphilitiques.

L'existence de la vérole était certaine dans le second cas, douteuse dans le premier; mais dans tous les deux les caractères de tumeur fongueuse étaient les mêmes, ainsi que le début, la marche, la persistance du mal, jusqu'à l'intervention du traitement spécifique.

Comme tous les chirurgiens, j'ai vu des ulcères de jambes par centaines ; je les ai même étudiés avec soin, ne serait-ce qu'à propos de mes recherches sur l'affection variqueuse. J'ai également constaté l'extrême fréquence des ulcérations syphilitiques des membres inférieurs, et pourtant jamais je n'avais rien vu de semblable à ce que je viens de décrire.

Je n'ignore pas que les auteurs parlent d'ulcères fongueux, d'ulcères verruqueux ; mais le premier de ces termes est si vague qu'on ne sait pas exactement à quoi il s'applique ; quant au second, il convient probablement aux épithéliomas et aux papillomes des cicatrices dont j'ai du reste observé quelques cas, en particulier sur de vieux exutoires et sur l'orifice de fistules très anciennes.

Tout porte à croire que d'autres chirurgiens ont vu ce que j'ai vu moi-même, mais comme ils ne l'ont point décrit, je crois bon de rappeler les caractères principaux de la variété que je veux introduire dans le cadre de la syphilographie.

Le mal débute par des ulcérations de petite étendue, dont quelques-unes se ferment et dont les autres se réunissent en plaie plus ou moins large. Le fond de celle-ci s'élève, végète, et alors prend naissance une tumeur indolente, à surface recouverte de bourgeons charnus d'assez bonne apparence, à base ferme, élastique, adhérente aux parties sous-jacentes. Les ulcères primitifs n'étaient point variqueux, puisque les membres étaient exempts de phlébectasie, et du reste ils n'occupaient pas le siège accoutumé des ulcères nés sous l'influence de la dilatation veineuse. On a remarqué, en effet, qu'ils existaient à la partie moyenne des jambes, directement en avant et en arrière, et que le tiers inférieur du membre était intact.

On songerait peut-être à expliquer la formation de la tumeur par la gêne de la circulation centrale. En effet, chez les femmes enceintes, j'ai vu déjà des ulcères variqueux devenir proéminents et se couvrir de végétations saillantes. Mais si les jambes, chez le second malade, étaient devenues œdémateuses par le fait de la cirrhose, le membre unique dans la première observation était tout à fait sec et même émacié.

On pourrait objecter contre la nature syphilitique du mal le défaut de guérison définitive par le traitement iodo-hydrargyrique. Mais outre que sous son influence la tumeur fongueuse a disparu, chez

sait que plus d'un accident tertiaire résiste longtemps à la médication spécifique quand la manifestation est ancienne, que les sujets sont cachectiques, et qu'enfin la région se prète mal à la réparation des pertes de la substance.

La variété étant admise, il restait à la baptiser. Je n'avais en vérité que l'embarras du choix entre plusieurs dénominations, également valables, telles que : *fongosités des ulcères syphilitiques; syphilome des ulcères*, *granulome tertiaire syphilitique*, etc. En adoptant le terme d'*ulcus elevatum tertiaire*, je crois indiquer clairement la nature et l'étiologie du mal, ainsi que ses affinités avec des lésions analogues appartenant aux périodes plus précoces de la syphilis.

centre, qui devient blanc, tandis que la périphérie présente un anneau pigmenté, de teinte progressivement dégradée vers les téguments sains. »

Ces caractères se retrouvent même quand l'induration variqueuse est survenue. Aussi quand je vois sur les jambes les lésions susdites, je n'hésite pas, comme d'autres auteurs cités par M. Broca, Maunder, Spender, Gosselin, à affirmer qu'elles sont d'origine vénérienne et à soumettre le sujet à la médication antisyphilitique.

Voici une observation de ce genre recueillie dans mon service :

Obs. LXXVIII de la thèse de M. Broca. — *Ulcère syphilitique de jambe ayant mis à nu le jambier antérieur.*

Mor..., trente et un ans, journalière, entrée le 26 novembre 185.., salle Lisfranc, n° 13.

Syphilis datant de treize ans, après une couche. Hémiplégie droite depuis quatre ans, survenue brusquement sur la voie publique. Depuis ce moment la malade prend de l'iodure. Depuis dix ans plaies aux jambes : amélioration et aggravation successives.

Actuellement : varicosités légères; ongles altérés; tiers inférieur des deux jambes pigmenté (couleur café au lait); à droite, cicatrices multiples : une en dehors vaste, irrégulière. Une croûte d'ecthyma à la cuisse. A gauche, cicatrices arrondies, disséminées; au quart inférieur, ulcère transversal occupant les faces externe, antérieure et interne. Au fond, on voit se mouvoir, dans les mouvements du pied, le tendon, rose et granuleux du jambier antérieur (iodure de potassium 2 grammes; emplâtre de Vigo). Amélioration lente. Ulcères non encore cicatrisés le 15 janvier.

Après avoir admis que les caractères précédemment décrits sont bien ceux des ulcères syphilitiques des jambes, M. Broca s'efforce de démontrer que ces caractères ne leur appartiennent pas exclusivement. Certaines lésions des jambes : ecthyma, varices, peuvent en imposer pour des ulcères syphilitiques, par l'aspect de leurs bords, de leur fond, de leur sécrétion, et même de leurs cicatrices. Il appuie sa manière de voir sur deux observations prises dans mon service.

Dans l'une, il existait sur les jambes des cicatrices rondes, régulières, lisses, souples, blanches au centre et pigmentées à la périphérie; il pensa aussitôt à la syphilis, mais l'interrogatoire lui apprit que ces cicatrices, datant de près de sept ans, avaient pour origine l'ecthyma des mélassiers et n'étaient certainement pas

syphilitiques, puisque le malade avait contracté il y a trois ans un chancre pour lequel il avait suivi au Midi un traitement interne.

Dans l'autre, une mortification du tissu cellulaire, consécutive à une contusion et située à la face externe du membre, revêtit tout à fait l'aspect d'une gomme. Mais deux autres écorchures, faites dans la même chute, restèrent indemnes, et M. Broca en conclut que puisque ces deux dernières n'ont pas subi l'influence vénérienne, la première non plus n'était pas devenue le siège d'une gomme et n'avait qu'une apparence de gomme. En outre, aucun symptôme syphilitique suspect dans les antécédents de la malade. La guérison rapide, obtenue à l'aide des seuls cataplasmes de fécule, démontra que la vérole n'était pas en cause.

Voici ces deux observations.

Obs. LXXXIX. — *Ecthyma des mélassiers sur des membres inférieurs variqueux. — Cicatrices ayant l'aspect syphilitique. — Quelques plaques d'eczéma sec*[1].

Georges Hœrt..., trente et un ans, raffineur, entré le 28 février 1885, à l'hôpital de la Pitié, pour un écrasement du pied. Puis tétanos, guéri par le chloral et la morphine.

Mère morte à soixante-six ans, ne sait pas de quoi ; père vivant et âgé de soixante-cinq ans. G... ne peut donner sur eux aucun renseignement. Il a quelquefois des crampes dans les mollets; pas de fourmillements. Varices apparentes depuis deux ans. A cette époque, rupture spontanée suivie d'hémorrhagie. Raffineur depuis sept ans, travaille tout nu, à 50° de température, dans la mélasse jusqu'à mi-cuisse à peu près tous les deux jours. Il y plonge aussi les membres supérieurs jusqu'à mi-bras.

Environ six mois après son entrée à la raffinerie, a commencé à avoir des clous aux jambes, n'en a jamais eu ailleurs et ne présente en effet aucune cicatrice sur le reste du corps. Les clous commencent par un petit bouton rouge, dur, douloureux, qui grossit, suppure et dure de huit à quinze jours. Au début, une éruption assez abondante l'a forcé à rester au repos pendant trois semaines. Depuis ce moment, a de temps à autre quelques boutons isolés.

Actuellement : Homme vigoureux, peau blanche et fine. Quand on découvre les membres inférieurs, on voit la sueur perler sur les pieds et les mollets. Poils et ongles normaux ; varices externes manifestes mais légères, égales des deux côtés, portant surtout sur

[1] Observation publiée plus haut, page 339, au point de vue du tétanos.

la saphène interne. Cicatrices arrondies, à fond lisse, luisantes, un peu déprimées, blanches au centre, brunes à la périphérie. Quelques-unes ne sont pas pigmentées, souples, exclusivement cutanées, elles sont disséminées un peu sur toute la jambe, mais surtout nombreuses à la face antéro-interne. Elles sont en général isolées, en moyenne grandes comme une pièce de 20 centimes. A la face interne du tibia gauche existe cependant une plaque cicatricielle occupant le tiers moyen de la jambe, souple également, à bord pigmenté limité par l'intersection d'une série d'arcs de cercle et ayant absolument l'aspect d'une ancienne lésion syphilitique. Mais cette plaque date de sept ans ; et le malade raconte qu'il a eu, il y a trois ans, un chancre à la verge pour lequel il a suivi à l'hôpital du Midi un traitement interne.

Aux mollets, quelques plaques grandes comme des pièces de deux francs, un peu saillantes, sèches, rugueuses, de couleur légèrement cuivrée ; desquamation furfuracée ; surface parsemée de petites saillies grosses comme des têtes d'épingles. Bords nets. C'est un type de petites plaques d'eczéma nummulaire.

Obs. XC. — *Varices. — Contusion de la jambe. — Ulcère consécutif ressemblant beaucoup à une gomme avec bourbillons gommeux. — Guérison rapide par le traitement simple.*

Marie Lecr..., cinquante-quatre ans, marchande au panier, entrée le 21 octobre 1885, à la Pitié, salle Lisfranc, n° 8.

Pas de renseignements précis sur ses antécédents héréditaires. Famille de gens solides et secs. Mère morte de vieillesse ayant eu sept enfants ; un mort de fièvre typhoïde ; les autres bien portants. Ne connait personne dans sa famille ayant des varices. Bonne santé habituelle. Pas d'enfants. Tout le temps debout, montant des escaliers. Absolument aucun antécédent syphilitique : aucune cicatrice ou autre lésion sur tout le corps. Craquements dans les genoux. N'avait pas le pied enflé le soir avant l'accident qui l'amène à l'hôpital. Il y a quinze jours, chute dans un escalier, trois écorchures à la jambe droite, soignées avec farine de riz et eau de son. Aggravation graduelle. Depuis huit jours M... ne marche plus. Les deux plaies supérieures se sont bien guéries et à leur place il existe aujourd'hui des cicatrices rosées ; mais l'inférieure s'est encore aggravée.

Actuellement : varices légères des deux jambes. Ecchymose du dos du pied droit.

A la jambe droite, ulcération siégeant au tiers inférieur de

;e externe, vers la partie antérieure. Forme ovoïde à grand axe rtical, bords à pic, décollés, non frangés, peu amincis. Sous eux, rtout en bas et en dehors, se prolonge un bourbillon jaunâtre, nieux. Fond inégal, granuleux, à bourgeons pâles et mollasses. tte lésion ressemble tout à fait à une gomme. Ongle du gros teil droit dévié en dehors, décollé, jaune et sec, incurvé en griffe rs la plante. — Repos. Cataplasmes de fécule.

Deux jours après, l'ulcération est détergée; les bords sont re-llés. Au quatrième jour, la pellicule cicatricielle apparaît sur les rds.

1er novembre. — L'ulcération bourgeonne fort bien et se rétrécit ıpidement : cuirasse de diachylon.

4 novembre. — Exeat, sur sa demande. Il reste une plaie bour-eonnante grande comme une pièce de deux francs.

M. Broca rappelle que toute cicatrice d'une jambe variqueuse est igmentée. « Il n'y a pas lieu d'en être surpris, dit-il, puisque, ans plaie aucune, sous la seule influence des varices, des îlots de igment se déposent dans la peau de ces membres; puis, au bout l'un temps généralement long, la couleur brune s'efface, et, de cou-ume, disparaît du centre à la périphérie. La couleur n'est donc as un caractère pathognomonique des cicatrices vénériennes. Non eulement elle peut exister ailleurs, mais encore on en a abusé ans les dernières. Rien n'est plus fréquent que de voir des cica-rices spécifiques des membres supérieurs, du dos, être à peine eintées, ou même être d'une blancheur parfaite. Au contraire, ette disposition est rare aux jambes. C'est que la couleur brunâtre, suelle dans les lésions syphilitiques en voie d'évolution, ne devient uère permanente qu'aux membres inférieurs, là où les varices ont ordinairement en cause. La pigmentation est le fait de ces ernières plutôt que de la syphilis.

» Ainsi, les symptômes les plus vulgaires des ulcérations tertiaires euvent exister également dans d'autres ulcères non seule-ent d'origine éruptive, mais encore d'origine traumatique ou hlébitique. L'étude des commémoratifs, la coïncidence d'autres ions analogues sur d'autres parties du corps, l'influence du trai-ment spécifique sur les ulcérations, sont alors les éléments qui four-ront les indications du diagnostic. »

DE QUELQUES VARIÉTÉS RARES
DE L'ULCÈRE SYPHILITIQUE DES JAMBES

Par M. le docteur G. NEPVEU[1].

Certains ulcères syphilitiques des jambes que nous avons pu étudier dans le service de M. Verneuil présentent une physionomie tellement particulière qu'il nous semble utile d'en faire une description spéciale.

S'ils coïncident avec les varices des jambes, ils peuvent être l'objet d'erreurs de diagnostic d'autant plus inévitables qu'on n'est pas encore familiarisé avec les lois de l'hybridité morbide et peu habitué à retrouver dans la production d'une affection locale complexe les divers facteurs qui composent l'association pathologique.

I

Voici un exemple d'une variété rare, l'*ulcus elevatum tertiaire*, rapporté *in extenso* dans la thèse de M. Mirpied[2].

OBS. I. — *Syphilis non traitée.* — Ulcus elevatum *de la jambe.* — *Guérison lente par le traitement spécifique.*

Jean Comb., cinquante-deux ans, journalier, entré à la Pitié, salle Michon, n° 6. D'une taille au-dessus de la moyenne, fort, bien musclé, non alcoolique, habitant Paris depuis vingt-cinq ans, marié, père de trois enfants, il affirme s'être toujours bien porté.

A la jambe gauche, ulcère s'étendant à la partie antérieure, depuis le cou-de-pied jusqu'à dix centimètres environ de la tubérosité du tibia. En arrière, sa hauteur n'est que de six centimètres ; il occupe presque toute la circonférence du membre. Bords anfractueux, taillés à pic et constitués par des segments de

1. Extrait de la *Revue de chirurgie*, 1884, p. 216.

2. Mirpied, *Des ulcères syphilitiques du membre inférieur et en particulier de l'*ulcus elevatum tertiaire. Th. de doct. Paris 1882, p. 24. — L'observation I de la note de M Nepveu se trouve déjà dans mon premier mémoire de 1877 (Voir plus haut, p. 648). — A. V.

cercles; fond formé de masses rosées, bourgeonnantes, faisant une saillie de quatre centimètres au-dessus de la surface de lapeau, et séparées les unes les autres par de petits sillons pleins d'un pus verdâtre. En avant, au niveau des muscles extenseurs, les bourgeons constituent une masse ovoïde, à grand axe vertical, de douze centimètres de long sur six de large. Les mouvements des orteils provoquent ceux de la tumeur, ce qui démontre qu'elle adhère réellement aux tendons et aux muscles.

Une zone rosée encadre immédiatement l'ulcère et tranche sur la coloration générale de la peau du membre, dont la surface est luisante et violacée dans l'étendue de cinq ou six centimètres autour de cette zone. Jusqu'au voisinage du genou, nombreuses tâches brunâtres disposées en îlots irréguliers séparés par des intervalles de peau saine. Enfin, dans toute la région, le tégument adhère aux parties sous-jacentes et ne peut se plisser.

Les bourgeons du fond de l'ulcère, bien que rouges, ne saignent pas au contact; ils sont indolents. Une épingle enfoncée à deux centimètres dans leur masse ne provoque aucune douleur; à la périphérie, l'insensibilité cesse; le reste du membre perçoit bien la piqûre de l'épingle. Ganglions inguinaux volumineux et durs, les verticaux surtout; ankylose de l'articulation tibio-tarsienne; à droite de l'appendice xyphoïde, et sur la cuisse gauche, quelques papules spécifiques; au front, *corona veneris* des plus marquées; croûtes sur tout le cuir chevelu.

Le malade paraît fort étonné quand on lui dit qu'il a la syphilis; l'accident primitif a passé inaperçu; les accidents secondaires ont manqué ou laissé peu de souvenir; il affirme n'avoir jamais eu mal à la gorge. A part l'ulcère pour lequel il vient réclamer des soins, ce syphilitique sans le savoir jouit d'un état général satisfaisant.

Cet ulcère a débuté en octobre 1870; un choc contre le marchepied d'une voiture détermina une petite plaie qui grandit peu à peu, le blessé ne cessant pas son métier de charretier. Quand la lésion eut acquis la largeur de la main, C... entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Maisonneuve. Charpie imbibée de vin aromatique et bandelettes de diachylon; scorbut pendant le séjour à l'hôpital; envoyé à Vincennes, l'ulcère n'étant pas encore cicatrisé. Sorti au bout de quinze jours; travail repris immédiatement.

Six années se passent sans que le mal reparaisse. Dans l'été de 1877, l'ulcère se rouvre; le malade ne prend aucune précaution et se décide seulement à demander son admission à Cochin quand la gangrène s'est développée et que plusieurs eschares se sont détachées.

Le péroné se nécrose dans une petite étendue, issue de plusieurs séquestres; destruction presque totale de la malléole externe et ankylose consécutive du pied. Sortie de l'hôpital au bout de dix-huit mois, en janvier 1879.

Pendant deux ans et demi, rien de nouveau; C... vaque à ses occupations, ne boite pas et marche sans bâton. En novembre 1881, sans violence extérieure, de petits boutons se montrent au voisinage de l'ulcère ancien, mais sur une partie du tégument jusque-là respectée, à la région externe de la jambe. Ces boutons s'ulcèrent, se réunissent, et finissent par former la vaste lésion que l'on constate aujourd'hui, et dont la physionomie diffère de celle des ulcères précédents.

On donne 3 grammes d'iodure de potassium par jour et on fait tous les huit jours un pansement avec les bandelettes de sparadrap de Vigo.

Un mois et demi après (20 juin) le cuir chevelu est à peu près débarrassé de ses croûtes, la couronne a presque disparu; les papules de l'épigastre et de la cuisse ont fait place à des cicatrices brunâtres, mais la guérison de l'ulcère de la jambe marche lentement.

[M. Nepveu a vu également à la Pitié deux des malades dont M. Mirpied et moi avons rapporté l'observation. Chez le second (Jean) il a constaté la guérison de l'ulcération, guérison qui n'était pas terminée au moment où M. Mirpied soutenait sa thèse.]

En résumé, voici trois observations où l'on constate chez des syphilitiques un ulcère à caractères particuliers, bords circinés, fond végétant, saillie mobile suivant les mouvements des muscles et des tendons. Dans tous ces cas, le traitement ordinaire des ulcères variqueux est resté sans succès; la lésion n'a guéri que par le traitement antisyphilitique. On est donc bien en droit de conclure que l'ulcus *elevatum* est une variété d'ulcère syphilitique qu'on peut rattacher à la période tertiaire.

II

En regard de ces ulcères à fond végétant, nous pouvons placer une autre variété dans laquelle l'ulcère perfore le derme, l'aponévrose même et arrive au contact des muscles, des gaines synoviales et des os.

Obs. II. — Lecœur, quarante-huit ans, reçut en 1868 un moellon sur la cheville du pied gauche ; les excoriations du derme qui suivirent se cicatrisèrent rapidement. En 1870, il remarqua que ses cheveux tombaient en grande quantité et qu'un mal de gorge sur lequel il ne peut donner de détails durait depuis quelques mois. Il y a trois ans, il eut à la jambe quelques ulcérations dont il ne peut indiquer le caractère; elles se sont fermées, mais depuis quelque temps la peau s'est rouverte, et on trouve sur la jambe gauche, à deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe, un vaste ulcère losangique d'environ 10 centimètres de large sur 15 de long : les bords en sont minces, et au fond on aperçoit le tibia à nu. Le malade n'a pas la moindre varice; en revanche il est nettement syphilitique. Le traitement spécifique améliore rapidement son état; l'os se recouvre de bourgeons charnus; la guérison définitive s'achève en quelques jours.

Obs. III. — Carton, cinquante trois ans, homme robuste, de bonne santé habituelle; à peine des traces de varices. En 1870, un obus, éclatant devant lui, a projeté une certaine masse de terre sur les jambes, qui ont été fortement écorchées, surtout la droite. Guérison rapide en dix-sept jours. En 1872, chancre pour lequel il est soigné à l'hôpital du Midi, mais seulement pendant quelques semaines. En 1873, ulcère nettement spécifique à la jambe, point de départ d'un érysipèle. Depuis, l'ulcère s'est rouvert cinq fois, et chaque fois C... entre à l'hôpital à Beaujon (1873), à Lariboisière (1878), à Saint-Louis (1880), à Lariboisière (1882), à la Charité (1883)

Actuellement, l'ulcère de la jambe droite, situé en arrière de la malléole interne, a un diamètre de 10 à 12 centimètres; bords sinueux, taillés à pic. Sur le fond on trouve deux saillies longitudinales, mobiles pendant les mouvements qu'exécute le pied : elles répondent aux gaines synoviales des péroniers.

Il existe trois autres ulcères, arrondis, nummulaires, de la largeur d'une pièce de un franc, l'un à quelque centimètres au-dessus, les autres plus haut encore. La multiplicité des lésions, leur profondeur, leur contour sinueux font reconnaître des ulcères syphilitiques. On donne du sirop de Gibert, et la guérison survient rapidement.

Obs. IV. — Marie Voyez, après deux grossesses, a eu des varices très marquées, surtout à gauche. Il y a deux ans, éruption de petits clous qui ont laissé des cicatrices blanchâtres, à bords légèrement pigmentés; à gauche, deux nouvelles ulcérations depuis six mois.

La plus petite, de la dimension d'une pièce de deux francs, est située au tiers supérieur de la jambe, sur une tuméfaction arrondie; autour, la peau est rouge violacée; les bords sont circulaires, taillés à pic; le fond granuleux présente par places des fragments de tissu cellulaire mortifié; lorsque la malade exécute un mouvement du pied ou de la jambe, on voit se mouvoir le fond de l'ulcère; la peau est donc complètement détruite. Au-dessus de cette ulcération il en existe une autre qui s'étend du tiers moyen de la jambe à la base de la malléole externe; les bords sont irréguliers, festonnés, le fond sanieux, anfractueux, immobile lorsqu'on fait mouvoir le pied.

La multiplicité des lésions, la destruction totale de la peau, font porter le diagnostic d'ulcères syphilitiques. Le traitement mixte amène une amélioration rapide de l'ulcère.

En résumé, voici trois ulcères dont les caractères extérieurs, les commémoratifs, les lésions concomitantes et le traitement mixte ont établi la nature spécifique. Ils se rapprochent tous trois par ce caractère particulier qu'ils ont perforé complètement le derme, le fascia sous-cutané et l'aponévrose pour arriver, l'un jusqu'au tibia, l'autre jusqu'aux muscles, le dernier jusqu'aux gaines synoviales des péroniers; on pourrait peut-être les désigner sous le nom d'*ulcères perforants syphilitiques* de la jambe. Succèdent-ils à des périostites, à des myosites, ou à des périsynovites gommeuses? Ou bien l'ulcération a-t-elle son point de départ dans la peau et de là s'étend-elle jusqu'aux parties profondes? Nous n'en savons rien.

III

Il existe aussi une troisième variété, combinée avec les hyperostoses des os; James Israël dit avoir observé un cas de ce genre[1]. Du reste, dans une période de deux ans et demi, il eut occasion de traiter dix cas d'ulcères syphilitiques des jambes, cinq chez des hommes, cinq chez des femmes. Peut-être y aurait-il lieu de se demander si certaines hyperostoses consécutives aux ulcères des jambes ne sont pas des phénomènes concomitants dus à la même cause diathésique. Nous en exceptons bien certainement, hâtons nous de le dire, les hyperostoses consécutives aux ulcères rebelles que

1. *Archives de Langenbeck*, t. XX, p. 283.

M. Reclus a décrites dans le *Progrès médical*, et qui ont été observées chez des sujets non syphilitiques [1].

IV

Dans un certain nombre de cas, la peau de la jambe se trouve perforée de trous innombrables qui semblent avoir pour origine une affection syphilitique des glandes mêmes de la peau ; j'en ai observé deux ou trois cas dans le service de M. Verneuil, et Israël, dans la note dont nous avons parlé plus haut, rapporte un cas dans lequel le peau du mollet était perforée d'un très grand nombre de trous qui communiquaient ensemble et formaient une véritable dentelle (*Strickwerk*). Peut-être ces ulcérations sont-elles produites par des altérations syphilitiques des glandes de la peau, comme M. Verneuil incline à le croire.

En résumé, nous pouvons poser comme conclusion que la syphilis, en se combinant aux ulcères variqueux, échappe parfois aux légitimes soupçons du médecin. Cependant il est certaine forme que cette hybridité même ne pourrait parvenir à celer. Ce sont ces nombreuses *petites perforations de la peau*, ces *ulcères perforants* qui mettent à nu les muscles, le périoste, les os, les synoviales tendineuses. Ce sont aussi ces ulcères végétants, décrits pour la première fois par M. Verneuil sous le nom d'*ulcus elevatum tertiaire*. Ce sont enfin ces ulcères accompagnés d'hyperostoses syphilitiques que le traitement mixte seul guérit. Comme on le voit, ces variétés peu connues peuvent être l'origine de singulières erreurs lorsqu'elles coïncident avec des varices et ce ne sera pas trop, pour juger leur véritable nature, de s'appuyer sur l'ensemble des caractères que nous venons de mettre en relief.

1. Décembre 1879, p. 955, 976, 995.

DES HYBRIDES SYPHILITIQUES

On a vu, dans les pages précédentes, des observations déjà assez nombreuses dans lesquelles était mentionnée la combinaison de la syphilis avec diverses lésions locales : néoplasmes, ulcères variqueux, etc. Le pas souvent, la syphilis donnait à la lésion coïncidante, presque toujours de date postérieure, des caractères particuliers qui n'étaient pas ceux que l'on assigne classiquement ni à cette lésion ni aux accidents syphilitiques, mais qui se rapprochaient plus des caractères de ces derniers que de ceux des néoplasmes ou des ulcères variqueux.

C'est à cette combinaison, signalée déjà par un certain nombre d'auteurs, mais qui n'a pas la place importante qu'elle mérite dans nos livres classiques, que j'ai donné le nom d'*hybridité syphilitique*. Il en existe de nombreuses variétés, suivant l'état général ou local qui se combine avec la syphilis.

Au congrès de Londres, en 1881, j'ai exposé les résultats de mon expérience sur les hybrides formés par la scrofule et le cancer avec la syphilis, dans différentes régions du corps. Depuis, ces deux questions ont été reprises avec beaucoup de détails par deux de mes élèves, MM. Ozenne et Ramonat, qui en ont fait le sujet de leur thèse inaugurale.

Je vais reproduire successivement ces documents, en y ajoutant quelques faits nouveaux recueillis depuis leur publication.

INFLUENCE DES DIATHÈSES

TUBERCULEUSE, GOUTTEUSE OU AUTRE SUR LA SYPHILIS[1]

La syphilis atteint les sujets malades aussi bien que les individus sains; elle n'empêche pas ses victimes de contracter de nouvelles maladies; aussi peut-on la voir coexister avec tous les états constitutionnels héréditaires ou acquis : scrofule, tuberculose, arthritisme, herpétisme, diabète, etc., et avec toutes les intoxications, alcoolisme, paludisme, septicémie, etc.

Souvent sans doute il y a simple coïncidence; les deux états évoluent parallèlement sans s'influencer et sans se modifier réciproquement; mais le contraire n'est pas rare, on peut alors constater la réaction d'une maladie sur l'autre, et comme conséquence la création de formes mixtes très variées, fort importantes à connaître en pratique, et insuffisamment étudiées jusqu'à ce jour.

Certes, Hunter a entrevu les rapports de la syphilis avec la scrofule; Ricord a édité les expressions pittoresques de scrofulate de vérole et de chancre œno-phagédènique. On a inscrit parmi les causes du même phagédénisme l'intoxication palustre. Plusieurs dermatologistes ont étudié la syphilis chez les herpétiques et les alcooliques, tels : Renault, Ory, Pichard, Révillet[2], et je sais de mon ami le professeur Fournier que la question est loin d'être épuisée. Quelques auteurs enfin ont avancé que la marche des affections syphilitiques dépend au moins autant du terrain que de la graine; mais ces données sont restées incomplètes et sans lien, de sorte qu'il n'existe aucun travail d'ensemble sur les hybrides que forme la vérole avec les autres maladies générales.

Cette lacune doit être comblée, car le peu qu'on en sait prouve déjà que la syphilis compliquante ou compliquée présente dans ses manifestations, sa marche, son diagnostic, son pronostic et son traitement, des particularités tout à fait dignes d'intérêt.

1. Communication au Congrès international des sciences médicales à Londres, 1881 (*Trans. of the Congress*, t. I, p. 383).

2. Renault (A.), *Essai sur l'influence de l'alcoolisme dans le développement de plusieurs groupes d'affections cutanées*. Th. de doct. Paris, 1874. — Ory, *Rech. clin. sur l'étiologie des syphilides malignes précoces*. Th. de doct. Paris, 1876. — Pichard, *Du phagédénisme tertiaire*. Th. de doct. Paris, 1879. — Révillet, *Contribution à l'étude de la syphilis chez les dartreux*. Th. de doct. Paris, 1879.

J'ai vu, pour ma part, la vérole associée à la plupart des diathèses et des maladies générales, mais je n'ai recueilli d'observations détaillées que sur les hybrides scrofulo-syphilitiques et syphilo-cancéreux.

HYBRIDITÉ SCROFULO-SYPHILITIQUE

En général c'est la scrofule, état antérieur, qui réagit sur la syphilis, état surajouté. La réciproque est plus rare; cependant chez les jeunes sujets la vérole rappelle quelquefois la strume latente depuis l'enfance, de sorte qu'on attribue volontiers à la première les désordres engendrés par la seconde.

La scrofule manifeste diversement son influence: d'abord elle semble attirer et fixer la syphilis sur les organes qu'elle affecte elle-même de préférence : peau, ganglions, lymphatiques, périoste, etc. Elle y provoque communément le processus suppuratif, rare dans la syphilis ordinaire.

J'ai vu chez des scrofuleux l'adénopathie symptomatique du chancre infectant se terminer par suppuration; j'ai vu plusieurs fois les accidents secondaires buccaux et pharyngiens faire apparaître au cou de nombreux ganglions qui ont suppuré.

J'ai actuellement dans mes salles une femme scrofuleuse depuis son enfance, syphilitique depuis huit ans, et atteinte d'accidents tertiaires en plusieurs points du corps. Les ganglions axillaires inguinaux, épitrochléens, sont volumineux et indurés. Deux d'entre eux sont restés fistuleux après suppuration.

Les syphilides ulcéreuses, recouvertes de croûtes humides, se rencontrent de préférence chez les strumeux.

La scrofule modifie à ce point l'aspect des ulcérations syphilitiques tertiaires que le diagnostic peut être très difficile et que le traitement seul parvient à lever les doutes. Chez un vieux scrofuleux presque moribond, miné par une tuberculisation pulmonaire avancée, il existait sur plusieurs points saillants du corps : acromions, coudes, rebord inférieur des fausses côtes, protubérance occipitale externe, des ulcérations atoniques et indolentes, avec mortification plus ou moins profonde de la peau, et que je n'avais guère plus de raisons de rapporter à la syphilis qu'à la scrofule.

Je diagnostiquai un hybride, j'administrai le traitement spécifique, et en moins de deux mois toutes les plaies étaient presque cicatrisées. La phthisie elle-même semblait arrêtée dans sa marche.

Chez la femme scrofulo-syphilitique dont il a été parlé plus haut,

le corps est couvert de cicatrices qu'on pourrait également considérer comme syphilitiques ou comme scrofuleuses.

La scrofule, à l'état de dyscrasie simple, ne paraît pas aggraver sensiblement la syphilis; peut-être en rend-elle les manifestations locales plus tenaces et plus fixes, mais en revanche elle en supprime généralement le symptôme douleur. Il est vrai que la plupart des affections véroliques sont indolentes, mais quelques-unes cependant font exception à la règle, telles l'iritis et la périostite par exemple. Or, j'ai vu des scrofuleux atteints d'iritis, qui n'avaient ni photophobie, ni névralgie orbitaire, et se promenaient librement sans protéger leurs yeux.

Une strumeuse, affectée d'une périostite très développée du tibia et du sternum, n'accusait aucune souffrance en ces points. J'ai interrogé plusieurs scrofuleux atteints de syphilis secondaire : ils n'avaient ni céphalalgie, ni arthralgie, ni exagération quelconque de la sensibilité.

La tuberculose, si elle ne favorise pas l'apparition des lésions graves et rebelles de la syphilis, les entretient à coup sur.

Trois fois au moins j'ai pratiqué la rectotomie linéaire palliative pour des rétrécissements syphilitiques du rectum chez des sujets atteints de tuberculisation. (Les rétrécissements tertiaires du rectum déterminent très manifestement la phthisie chez les sujets prédisposés). Dans tous les cas, la plaie est restée blafarde, a pris l'aspect des ulcérations syphilo-scrofuleuses et n'a présenté aucune tendance franche à la cicatrisation.

Le traitement de l'hybridité scrofulo-syphilitique est aisé, les mêmes indications se présentent dans les deux diathèses. Cependant, à la médication spécifique, mercure et iodure de potassium, on fera sagement de joindre des agents antiscrofuleux proprement dits : huile de foie de morue, phosphate de chaux, iodure de fer, etc.

HYBRIDITÉ SYPHILO-CANCÉREUSE

Les cas en sont rares et peu connus. Le néoplasme, épithélioma a cancer, dernier venu, subit l'influence de la syphilis préexistante. ai vu un sarcocèle atteindre, sans doute comme *locus minoris sistentiæ*, un testicule guéri de syphilome depuis deux ans. Je ne nnais point d'exemple de syphilis postérieure à un néoplasme et yant modifié.

L'association de la vérole et du cancer donne à certains néo-

plasmes ulcérés une physionomie équivoque qui rend le diagnostic parfois très malaisé. J'ai observé ces cas embarrassants à la langue, à la mamelle, à la vulve, à l'anus, de même en certains points du tégument externe.

On croit d'abord à l'accident tertiaire, parce qu'on en constate les principaux caractères objectifs, parce que les symptômes sont relativement bénins, la marche lente, et l'indolence presque complète, enfin parce que, outre les aveux du patient, qui reconnaît avoir été jadis infecté, on trouve parfois sur d'autres points du corps des manifestations syphilitiques non douteuses.

J'ai vu un malade présentant, avec un syphilo-épithélioma lingual, une large syphilide pustulo-crustacée à la tempe.

Malheureusement, on est ramené à l'idée du néoplasme par l'engorgement des ganglions, exceptionnel dans la syphilis ancienne, par les progrès continus du mal, par la généralisation d'autant plus fréquente que la marche est plus lente, par l'insuccès du traitement spécifique qui d'ordinaire aggrave même les symptômes, et enfin par la terminaison inexorablement fatale.

Le caractère le plus curieux de l'hybridité syphilo-néoplasique est sans contredit l'absence de la douleur. J'en ai vu à la langue et à la mamelle des exemples remarquables. Tout récemment, un malheureux atteint d'épithélioma lingual très étendu, avec adénopathie cervicale très considérable, s'éteignait dans mes salles sans avoir manifesté la moindre souffrance.

Avec ce préjugé qui lie étroitement la douleur et le cancer, cette indolence égare fréquemment le praticien.

Si l'on peut prendre un cancer pour un syphilome ulcéré, l'erreur inverse est concevable, et je suis persuadé qu'on a opéré et cru guérir comme épithélioma plus d'un syphilome lingual ou ano-rectal. Trompé par une malade, j'ai été moi-même sur le point de commettre une erreur de ce genre.

Le pronostic est malheureusement toujours celui du néoplasme, et dans ce duo morbide le dernier mot reste toujours au cancer. La survie toutefois semble un peu plus longue.

J'ignore si la syphilis a le pouvoir de retarder la récidive en cas d'opération.

Dans les cas douteux, et pour fixer le diagnostic, il faut toujours essayer le traitement spécifique, sauf à le cesser dès qu'il se montre inutile ou nuisible. Lorsqu'il y a réellement épithélioma ou cancer, la médication antisyphilitique est naturellement impuissante et d'ordinaire mal tolérée ; cependant elle peut par exception amener

ne amélioration considérable, qui fait espérer une prochaine uérison. Ce résultàt est d'autant plus surprenant qu'on sait comien le mercure et l'iodure de potassium conviennent peu en cas de éoplasmes malins; aussi, lorsque l'iodure de potassium administré banalement modifie favorablement une tumeur sans la guérir, n doit penser à l'hybridité.

Un néoplasme compliqué de syphilis n'est point soustrait pour ela à l'action chirurgicale et peut être opéré comme un autre. l est donc utile toutefois de n'agir qu'après avoir tiré parti des pécifiques, dont rien d'ailleurs n'empêche de continuer l'emploi près l'opération.

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. le profeseur Hutchinson, de Londres, dit ne connaître que peu de chose ur les modifications de la syphilis chez les sujets affectés d'une utre diathèse, la goutte, la tuberculose, etc. Le caractère le plus emarquable de la syphilis est son uniformité, en dépit de toute liathèse. Sa gravité et sa bénignité dépendent de l'idiosyncrasie du ujet; on la voit très grave chez les personnes les plus robustes, andis qu'elle est souvent très bénigne chez les sujets délicats, scroluleux, cachectiques; mais il n'y a pas de règles à cet égard.

On peut considérer comme probable qu'il y a chez les scrofuleux une plus grande tendance à la suppuration, et une plus grande difficulté pour les tissus enflammés à revenir à l'état sain; mais cette influence st légère. Le mercùre agit très bien chez les scrofuleux comme chez es autres diathésiques atteints de syphilis, et peut-être ce qu'on ppelle idiosyncrasie, par rapport au virus syphilitique, n'est-il utre chose que la manière dont le malade supporte les antidotes; la maladie est souvent exceptionnellement grave parce que le patient supporte mal le mercure et les iodures. Cette idiosyncrasie, qu'elle tienne à la maladie ou à son remède, se manifeste souvent dès le chancre et dure pendant tout le cours de la diathèse; s'il y a des exceptions, c'est que l'action du mercure a changé et a déterminé une modification matérielle dans la santé du malade.

Si on admet que la scrofule prédispose toute inflammation à la chronicité et à l'ulcération, on peut admettre aussi que la goutte, dans tous les troubles de la santé générale, y compris la syphilis, prédispose aux douleurs des os et des articulations et aux inflammations de certaines parties de l'œil. Quant au phagédénisme, qu'il atteigne le chancre ou les ulcérations secondaires, on ne peut dire qu'il soit l'effet

d'une autre diathèse préexistante. Lorsque l'iritis syphilitique survient chez un arthritique, il prend le plus souvent la forme récidivante; mais il en est de même de tout iritis arthritique.

Tout ce qui précède concerne la syphilis acquise; mais la syphilis héréditaire subit mieux l'influence d'une autre diathèse, parce que toutes deux sont mêlées ensemble depuis l'origine et l'existence de l'individu. Mais on ne trouve que rarement des preuves de ce mélange. La syphilis peut simuler cent maladies, mais ses manifestations sont de souche pure, et ne montrent que peu de traces d'hybridité; elles sont encore curables par les spécifiques, et par eux seuls; et si l'on conseille d'autres moyens pour améliorer la santé générale, c'est d'habitude plutôt pour permettre à l'organisme de bien supporter les remèdes que dans l'espoir que ce traitement exercera une influence bien nette sur la lésion locale. En tout cas, dans toute son évolution, qu'elle soit héréditaire ou acquise, la syphilis reste la syphilis. Le lupus nasal de nature syphilitique a peut-être quelque cachet particulier quand il survient chez les scrofuleux. Chez les enfants nés de goutteux syphilitiques, les affections articulaires sont peut-être plus fréquentes et plus graves. La coïncidence de la syphilis congénitale et du rachitisme est sans doute très commune et a amené de grandes erreurs sur leur relation d'origine. La vérité est probablement qu'elles affectent les mêmes tissus, que la syphilis donne au rachitisme une tendance à l'inflammation et à la suppuration, mais l'opinion de Parrot et d'autres sur l'origine syphilitique du rachitisme est erronée.

M. le professeur E.-H. Bennett, de Dublin, a insisté seulement sur ce fait que la syphilis n'attaque jamais la partie osseuse des articulations, mais reste toujours bornée à la partie extra-articulaire du squelette; elle n'apporte aucune modification aux arthrites tuberculeuses ou goutteuses.

Mon élève le D[r] L.-H. Petit a rapporté ensuite un cas de coïncidence de la syphilis et du paludisme d'abord, puis de la tuberculose chez un malade de trente-cinq ans, ayant longtemps séjourné en Roumanie. Ce malade était sujet à de fréquentes rechutes de la fièvre intermittente et était si habitué à se servir de la quinine en pareil cas, qu'il en prenait sans même consulter de médecin dès que la fièvre revenait.

« En 1879, dit l'auteur, la quinine se montrant inefficace contre un nouvel accès, le malade vint me consulter, je fis prendre d'abord un éméto-cathartique, et le lendemain 1 gramme de sulfate de quinine; mais bien que cette dose fut répétée plusieurs jours de suite et

que les effets toxiques se manifestassent, la quinine resta impuissante. Je procédai alors à un examen complet *a capite ad calcem*, pour trouver la cause de ce résultat négatif. Tous les viscères étaient sains, sauf la rate, qui était volumineuse : mais je trouvai sur le membre inférieur une éruption pustuleuse, provenant d'une syphilis contractée trois ans auparavant. Pour contrôler l'opinion de M. Verneuil sur le rôle de la syphilis dans cette association morbide, je fis cesser l'usage de la quinine et prescrivis des frictions à la face interne des cuisses avec l'onguent napolitain. L'éruption disparut rapidement et les accès fébriles diminuèrent peu à peu; j'ajoutai alors aux frictions, comme toniques, à cause de la grande faiblesse du malade, l'arsenic et la quinine, et le patient fut bientôt en assez bon état pour pouvoir faire un voyage en Italie.

» Je le revis deux ans après. Il avait été repris plusieurs fois de ses accès de fièvre et récemment d'une éruption syphilitique, dont il s'était débarrassé par le même traitement que la fois précédente; mais actuellement sa santé paraissait très altérée. Deux mois auparavant, la fièvre intermittente était revenue, sans éruption cutanée, et n'avait cédé depuis lors ni à la quinine ni au mercure; le malade était pâle, émacié, cachectique, avec expression anxieuse de la face, yeux brillants, fièvre continue, toux sèche de temps en temps, sans expectoration, sueurs nocturnes, qu'il croyait être les traces de son ancienne maladie. Un peu de matité en divers points de la poitrine et une diminution du murmure respiratoire me firent penser à a présence des gommes pulmonaires et donner l'iodure de potasium, mais sans résultat. Je demandai alors l'avis de M. Desnos, qui rouva une petite caverne sous la clavicule droite. A partir de ce moment, tout traitement fut inefficace; le malade s'affaiblit de plus n plus et mourut trois mois après.

» Dans ce cas, tant que la fièvre exista seul, la quinine suffit amener la guérison; mais lorsque la syphilis s'y ajouta, bien que la remière donnât encore les symptômes prédominants, la seconde ouait évidemment le rôle principal dans ce duo pathologique, et ce st seulement quand on eut recours au traitement spécifique que amélioration survint. Enfin, lorsque la phthisie pulmonaire apparut, a fièvre perdit son caractère intermittent, devint continue et tous les moyens thérapeutiques employés restèrent sans effet; ce qui vient onfirmer l'opinion de M. Verneuil sur l'inefficacité du traitement ans les périodes avancées des hybrides pathologiques. »

M. le Dr R. Drysdale, de Londres, qui prit ensuite la parole, ne oit pas à la fréquence des hybrides de la syphilis avec la scrofule,

la tuberculose, la goutte, et le rhumatisme. Il a pensé autrefois que la syphilis avait une gravité particulière chez les goutteux et les tuberculeux, mais il a renoncé à cette idée. Le seul point qui lui semble vrai, c'est que la syphilis est particulièrement grave chez les femmes et les vieillards. Les femmes ont plus que les hommes des affections nerveuses graves, de l'anesthésie, des éruptions spéciales (syphilis pigmentaire), l'émaciation, la cachexie, etc.

APPENDICE

Si on conçoit la combinaison de la syphilis avec toutes les autres maladies générales, infectieuses ou autres, il s'en faut qu'on possède des observations bien prises de toutes les associations que la théorie fait prévoir.

Je dois à l'obligeance d'un de mes anciens élèves et amis, le Dr Launay, des notes précieuses sur un malade que j'ai soigné avec lui; il s'agit d'une syphilis survenue chez un sujet atteint avant l'infection, de la diarrhée de Cochinchine et un peu après d'une attaque intense de malaria. Sur un tel terrain, ainsi miné par deux maladies sérieuses, la syphilis, bénigne à son début et par sa lésion initiale, marcha alors très rapidement et escaladant, si je puis ainsi dire, la période secondaire, présenta bientôt les formes tertiaires : rupia, périostose et gomme, le tout en moins de quatre mois. Cette marche rapide révélait déjà la gravité du mal, mais elle faisait craindre aussi l'impuissance des remèdes, ce que la suite ne démontra que trop.

Maintenant, est-ce la diarrhée de Cochinchine qu'il faut accuser ou la fièvre intermittente, qui jette le malade dans une prostration si profonde? C'est ce que je ne saurais dire, bien que dans mes études sur le paludisme j'aie déjà constaté l'influence fâcheuse qu'il exerce sur la syphilis. M. le professeur Fournier a également insisté sur cette cause de gravité de la syphilis; toujours est-il que si on doit en partie à la malaria l'aggravation primitive de la vérole, la diarrhée peut revendiquer aussi sa part dans l'évolution fatale par l'obstacle qu'elle a mis à l'action des médicaments.

Voici un exemple de plus des difficultés extrêmes en face desquelles on se trouve quand on a affaire à l'hybridité morbide, si le malheur veut que la médication qui convient à l'un des facteurs soit nuisible à l'autre.

En somme, la perte du malade en pareil cas provient autant de la nocivité du traitement spécifique que des progrès mêmes de l'association pathologique, progrès auxquels on ne peut rien opposer d'efficace.

Voici l'observation en question.

Diarrhée de Cochinchine. — Léger chancre balanique spontanément guéri. — Fièvre intermittente grave. — Apparition précoce de manifestations syphilitiques secondaires tardives et tertiaires. — Impuissance du traitement spécifique. — Cachexie rapide. — Mort six mois à peine après l'infection.

M. P..., vingt-neuf ans, fonctionnaire public, est un peu chétif et sujet à la bronchite. Son père est mort d'hémorrhagie cérébrale; sa mère bien portante est atteinte de rhumatisme.

Il se portait bien lorsqu'en avril 1885 il partit pour la Cochinchine. Grâce à sa sobriété et à la régularité de sa vie, il resta plus d'un an en bonne santé. Au printemps de 1886, étant à Saïgon, il est pris de la diarrhée, puis en septembre, à la suite d'une insolation, d'une fièvre palustre violente à type continu qui a laissé après elle un épuisement considérable. Quelques semaines auparavant, M. P... après un coït suspect, aperçut au gland une petite érosion dont on ne reconnut point la nature et à laquelle on n'opposa aucun traitement. Cette érosion du reste se ferma spontanément, reparut pendant quelques jours, et finit par se cicatriser, de sorte qu'on n'y attacha aucune importance.

M. P..., repartant pour la France en octobre, débarque à Toulon le 20 novembre 1886, après quarante-deux jours d'une traversée pendant laquelle il souffrit beaucoup. La diarrhée en effet avait reparu très intense et à Port-Saïd la fièvre avait récidivé, moins violente à la vérité qu'à la première attaque. Pendant le voyage, une éruption croûteuse avait paru sur le front et la joue. Le malade, reçu à 'hôpital Saint-Mandrier, y resta trois jours pour s'y reposer et arriva Paris le 24 novembre 1886; il était alors en fort triste état : naigreur extrême, peau sèche et rugueuse, selles abondantes et se épétant jusqu'à douze et quinze fois dans les vingt-quatre heures. In prescrit les astringents et une alimentation choisie qui amé iore situation; le malade reprend de l'appétit et peut se lever quelques eures. On institue alors contre la diarrhée le traitement recomandé par le Dr Féris[1], mais sans résultat. A cette époque, une

1. *Archives de médecine navale*, 1885.

tumeur apparaît à la partie postérieure, supérieure et interne de la cuisse gauche, dans la région des adducteurs, et causant de vives douleurs. D'abord du volume d'une noix, mobile et comme perdue dans l'épaisseur des muscles, elle croît avec rapidité, de façon qu'au bout de quinze jours elle a acquis le volume du poing. Les souffrances sont violentes et provoquent des plaintes continuelles. On commence les injections de morphine à la dose de deux centigrammes.

Appelé en consultation le 14 décembre 1886 par le Dr Launay, je reconnais sans peine au front une éruption bien caractérisée de rupia syphilitique, une périostite non moins évidente de la première côte droite, enfin à la racine de la cuisse, une grosse tuméfaction gommeuse, mal limitée, englobant les muscles, infiltrant le tissu conjonctif, et entourant le nerf obturateur qu'elle comprime sans doute.

Je reconstitue de la manière suivante cette histoire. En août, chancre infectant très bénin localement et guérissant seul, chez un sujet atteint depuis trois mois de diarrhée rebelle.

En septembre, paludisme surajouté à forme grave et laissant à sa suite une débilitation profonde; traversée longue, fatigante; soins insuffisants, apparition précoce de la *corona veneris*.

Arrivée en France en novembre; la syphilis n'est pas encore reconnue; à la fin de ce mois, développement d'une périostite costale et d'une gomme profonde de la cuisse.

L'état général est très mauvais, la diarrhée persiste; les douleurs sont violentes dans la tumeur fémorale. Le pronostic est grave, car si le traitement spécifique est indiqué et indispensable, tout fait craindre qu'il ne soit pas toléré.

Désirant faire contrôler mon opinion, j'engage la famille à consulter mon éminent ami et collègue le professeur Fournier, qui le 16 décembre accepta complètement mon diagnostic; il déclara en plus que le pronostic était fort grave et que le malade lui semblait inévitablement perdu. Il prescrivit néanmoins : iodiure de potassium, 3 grammes; extrait mou de quinquina, 2 grammes : à prendre chaque jour en deux doses matin et soir dans une tasse de café noir. — Puis le régime alimentaire du Dr Féris (peptones, lait, bouillon dégraissé, poudre de viande avec pepsine, etc.). Enfin, sur la tumeur de la cuisse et la périostite costale, les frictions avec l'onguent napolitain.

25 décembre. — L'amélioration ne se produit pas; la tumeur grossit, acquiert le volume d'une tête de fœtus à terme et se ra[illegible]

lit maintenant à son centre, sans présenter néanmoins de changement de couleur à la peau. On avait essayé de porter l'iodure de potassium à 4 grammes par jour, mais l'appétit se perdant et la fièvre revenant sous forme d'accès, on est obligé de diminuer la dose, et de reprendre, le 30, le sulfate de quinine et l'extrait mou de quinquina, qui ne sont pas beaucoup mieux tolérés. Les douleurs de la cuisse devenant de plus en plus vives, on administra jusqu'à 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées.

Le 2 janvier, je revois le malade avec MM. Fournier et Launay; nous découvrons derrière l'oreille un ganglion tuméfié et sensible à la pression. La tumeur de la cuisse s'est étendue dans tous les sens; la fluctuation y est très manifeste et les douleurs toujours très vives. Nous faisons avec l'aspirateur Dieulafoy une ponction qui extrait environ 500 grammes de pus très liquide et sans odeur; la tumeur diminue beaucoup, mais sa base indurée et diffuse présente encore une grande épaisseur; on pousse dans la poche 40 grammes d'éther iodoformé à 5 p. 100

Le soulagement se produit rapidement, l'état général s'améliore; l'adénite auriculaire n'est plus douloureuse; mais ce résultat ne dure pas.

Le 5 janvier, une gastralgie intense force à suspendre l'iodure de potassium. L'appétit disparaît, la cavité purulente se remplit et les souffrances y reviennent, l'érosion chancreuse du gland se rouvre.

Le 7 janvier, les frictions mercurielles déterminant de la salivation doivent être abandonnés à leur tour. Le régime alimentaire se compose de lait, de poudre de viande, de peptones et de glucose. La diarrhée continue. Amaigrissement, faiblesse extrême, agitation nerveuse continuelle.

Le 17 janvier, une nouvelle ponction paraît nécessaire pour amener du soulagement; elle soutire 250 grammes de pus; on injecte 20 grammes d'éther iodoformé; l'ouverture faite par le trocart ne se ferme pas, l'abcès s'affaise, une fistule s'établit.

Le 20 janvier, subdélirium; alimentation nulle; cachexie à marche rapide. Mort le 25. Pas d'autopsie.

DU CANCER CHEZ LES SYPHILITIQUES

DE L'HYBRIDITÉ CANCÉRO-SYPHILITIQUE DE LA CAVITÉ BUCCALE EN PARTICULIER

Par M. le docteur E.-H. OZENNE[1].

DÉFINITION. — Sous le nom d'hybridité cancéro-syphilitique, on désigne un état mixte, constitué par l'association du cancer et de la syphilis.

Bien que cette définition soit justifiée par des faits, elle ne doit cependant pas être adoptée dans son sens le plus large, car l'on ne sait encore si la syphilis, dans ses premières périodes, peut s'unir au cancer et donner lieu à un hybride à caractères particuliers. Jusqu'à ce jour, aucune observation de chancre greffé sur une tumeur cancéreuse n'a été publiée, et, d'autre part, nos recherches ne nous ont fourni aucun cas de connexité des accidents secondaires et de l'ulcère cancéreux. Cette restriction énoncée, nous n'avons donc à considérer le cancer que dans son union avec la syphilis tertiaire.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES. — Avant de tracer les caractères cliniques de l'hybridité cancéro-syphilitique, il nous paraît utile de reproduire succinctement l'opinion des auteurs sur les rapports qu'affectent entre elles les diathèses cancéreuse et syphilitique.

Cette revue historique aura l'avantage de nous indiquer les phases successives de cette question complexe et de nous montrer qu'après les avoir contestées, les auteurs ont admis la coexistence possible de ces deux diathèses, l'influence réciproque qu'elles exercent l'une sur l'autre et enfin la formation d'un état mixte, résultant de leur combinaison.

1. Thèse de Paris, 1884.

Dans les ouvrages anciens, on ne trouve rien qui se rapporte, même de loin, à l'évolution du cancer chez les syphilitiques. Même silence, au commencement de ce siècle, dans les traités des maladies vénériennes de Swediaur, Alibert, Lagneau, Cazenave, qui ont pourtant résumé l'histoire de la syphilis dans le passé. On ne s'occupe réellement de cette question qu'après avoir reconnu que la syphilis a le triste privilège d'attaquer tous les tempéraments, toutes les constitutions; de s'associer à tous les états pathologiques antérieurs, latents ou manifestes, et l'idée de combinaison possible du cancer et de la syphilis n'est définitivement émise que lorsque l'on admet la coïncidence dans le même organisme de deux ou plusieurs diathèses.

Mais s'il est vrai que l'on ne se refuse plus à reconnaître qu'un même sujet peut être atteint à la fois de deux diathèses capables de réagir l'une sur l'autre, il n'en existe pas moins encore quelques dissidences au sujet de la relation du cancer et de la syphilis.

Sans admettre un antagonisme absolu, quelques médecins croient à un certain degré d'incompatibilité. Si l'on entend par là que le cancer survient généralement chez des individus vierges de syphilis, que les manifestations des deux maladies sont rarement simultanées, et que, eu égard au nombre des syphilitiques, on devrait les trouver plus souvent associées, nous reconnaissons qu'elles ont peu d'affinité l'une pour l'autre.

Mais pourquoi l'incompatibilité existerait-elle? Le cancer et l'épithélioma sont actuellement regardés (Bazin, Verneuil, Paget, etc.) comme des manifestations tardives de l'arthritisme et de l'herpétisme; chaque jour on voit les formes différentes de ces maladies s'unir aux accidents secondaires de la syphilis. Dès lors pourquoi, arrivées à un âge plus avancé, les deux diathèses ne marcheraient-elles pas de pair, et même ne s'influenceraient-elles pas réciproquement. Les faits, encore fort peu nombreux, — probablement parce que l'attention n'a jamais été attirée de ce côté, — paraissent répondre à la question.

Nous n'avons pas à nous occuper du rôle que, naguère, on a voulu faire jouer à la syphilis dans la production du cancer : il n'y a entre les deux maladies aucune relation de cause à effet. Les causes intimes du cancer sont encore inconnues, et nous dirions volontiers avec Vidal (de Cassis)[1] : « Il n'y a qu'une cause véritable de cancer, et celle-là, je ne puis la dire. »

1. Vidal (de Cassis), *Traité de path. externe*, 2e édit.

Mais en rejetant cette puissance génésique de la syphilis, on n'était point autorisé à lui refuser au moins un rôle secondaire dans la question de pathogénie : aussi l'on insista sur l'action éminemment dénutritive de la vérole, qui peut créer une prédisposition au néoplasme cancéreux, lequel se développera de préférence dans les points antérieurement atteints par la maladie vénérienne.

Bientôt on émit une autre hypothèse et l'on fit des recherches sur la transformation possible d'une ulcération syphilitique en ulcération maligne. Sur ces différents points, les opinions des auteurs ont varié, tant en France qu'à l'étranger.

Ricord [1] à propos du cancer de la verge, tout en regardant comme nulle l'action de la syphilis seule sur sa production, pense qu'on ne saurait nier la puissance excitatrice d'une cause qui produit parfois des accidents presque semblables à ceux de l'affection cancéreuse.

Pour Bouisson [2], la lésion syphilitique détermine, là où elle apparaît, un point faible qui persiste; aussi est-il porté à admettre « que les éléments de nouvelle formation du cancer se déposent plus facilement dans les parties dont la nutrition a déjà été troublée par des lésions antérieures, quoique celles-ci soient de toute autre nature. »

Moins affirmatif, Lebert [3] regarde le cancer comme une maladie indépendante, et constituant dès son début une maladie tout à fait nouvelle, qui n'est ni la transformation ni la terminaison d'aucune autre.

Dans un livre d'une certaine originalité, Yvaren [4] s'exprime ainsi, à propos de la syphilis de la verge : « Ferai-je remarquer que la syphilis peut se développer chez des personnes à diathèse cancéreuse, et que ses manifestations, ulcères et végétations, peuvent devenir, comme tout autre accident morbide, la cause occasionnelle mettant en jeu la diathèse cancéreuse, jusque-là inactive? »

MM. Desprès et Lancereaux se prononcent différemment. M. Desprès [5] pose ainsi la question : « La syphilis mène-t-elle au cancer? Cette idée a été agitée par Ricord, qui n'était pas éloigné de croire que la syphilis conduisait au cancer, particulièrement au cancroïde. D'après ce que j'ai vu, je n'ai rien à affirmer sur ce point; cependant j'ai observé deux fois des cancers végétants, des épithéliomas

1. Ricord, *Thèse de Tilliès*, 1873.
2. Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syph. des muscles*, 1849.
3. Lebert, *Traité des mal. cancéreuses*, 1851.
4. Yvaren, *Des métamorphoses de la syphilis*, p. 317, 1854.
5. Desprès, *Traité prat. de la syphilis*, p. 317, 1873.

papillaires à marche lente, qui existaient sur le gland et sur le col utérin, chez des malades qui avaient eu la syphilis bien confirmée, et où le cancer chez les ascendants n'était pas prouvé. »

M. Lancereaux[1], qui discute les métamorphoses de la syphilis, se demande si elle est susceptible de dégénérer ou de se métamorphoser en une espèce morbide différente, et affirme qu'elle ne se transforme jamais en cancer.

En ces dernières années, l'idée de la transformation est combattue par les auteurs français, mais on tend à accorder aux manifestations locales de la diathèse une action prédisposante à l'apparition du néoplasme. Après avoir rappelé qu'il n'est pas rare de voir le cancer chez les individus atteints de syphilis, Demarquay[2] ajoute, à propos du cancroïde de la verge : « Si l'on n'a pas vu le cancer de la verge se développer de toutes pièces par suite de l'action spécifique du virus syphilitique, les désorganisations particulières, les transformations que ce dernier amène quelquefois localement doivent être prises en considération, car il est généralement admis que les ulcérations de longue durée, et les indurations entretenant une irritation permanente, peuvent avoir une grande influence sur la production du cancer. »

Dans une note publiée par M. L.-H. Petit[3] sur les *lieux de moindre résistance*, nous trouvons une idée analogue à propos d'une observation dont nous donnons plus loin le résumé, et qui a trait au développement d'un sarcome sur un testicule syphilitique. Les lésions syphilitiques survenues préalablement dans une région, dit M. Verneuil, y créent des lieux de moindre résistance, des noyaux d'irritation qui, si l'individu est prédisposé, deviennent à leur tour des foyers de néoplasie cancéreuse[4].

A l'étranger, nous trouvons aussi quelques renseignements utiles, bien que divergents.

Clarke[5] discute ainsi les rapports des deux diathèses : « Une ulcération simple peut-elle devenir cancéreuse? Je n'ai pas de doute qu'elle le puisse. Si une ulcération simple peut devenir cancéreuse, *a fortiori* l'ulcération syphilitique peut le devenir? Ce passage de l'ulcération syphilitique à la cancéreuse peut se faire de deux manières : 1° dans quelques cas, l'ulcération syphilitique

1. Lancereaux, *Traité pratique et théorique de la syphilis.*, p. 952.
2. Demarquay, *Maladies du pénis*, p. 390, 1875.
3. L.-H. Petit, *Gaz. hebd.*, 1875.
4. Verneuil, *Thèse de Héraud*, p. 31, 1880.
5. Clarke, *A treatise on the diseases of the tongue*, 1873.

semble devenir graduellement maligne, le cancer paraissant sortir des « résidus » de la syphilis; 2° dans quelques autres cas, la cicatrice qui suit une ulcération syphilitique, semble être le point de départ de l'épithélioma. »

Behrend [1] soutient la même thèse, en s'appuyant sur trois cas de tumeurs du clitoris, survenues à la suite d'ulcérations syphilitiques (deux papillomes et un sarcome mélanique, avec généralisation).

Pour Sigmund [2] l'apparition de la syphilis en même temps que le carcinome fibreux et épithélial est fréquente dans l'âge avancé.

Suivant Edward Tibbits [3], la coexistence des deux diathèses n'est pas douteuse; quant à leurs relations, il se demande s'il existe une parenté intime entre la syphilis et le cancer. Après avoir rapporté l'opinion d'Erichsen, qui croit que la syphilis n'a rien à voir dans la production du cancer, Tibbits relate plusieurs cas d'épithélioma consécutif à des ulcérations syphilitiques; il fait encore remarquer qu'il est étrange de voir les mamelles, le pénis, le col utérin, qui tiennent la place la plus grande dans la production de la syphilis, être aussi spécialement susceptibles de subir l'influence destructive du cancer. Néanmoins il manque de preuve évidente établissant que la syphilis soit la cause du cancer; pour lui, il n'existerait qu'une parenté indirecte entre ces deux états morbides.

Hutchinson [4], dans son travail sur l'origine locale du cancer, après avoir mentionné différentes causes occasionnelles, signale encore la transformation assez fréquente d'un vieil ulcère syphilitique à la langue ou au col de l'utérus en tumeur maligne. Puis, aux réunions de l'Association médicale anglaise, il soutient que les irritations locales produites par les plaies syphilitiques peuvent prédisposer les parties affectées à une production cancéreuse, opinion partagée par Tibbits, Walker, Jackson, Lennox-Brown et Rivington.

En 1882, à propos des rapports du psoriasis lingual et du cancer de la langue, Henry Morris [5], rapporte que, sur quarante-neuf cas d'épithélioma, il a constaté douze fois des antécédents syphilitiques manifestes.

Funk [6] a rarement rencontré le cancer de l'utérus et du vagin chez les syphilitiques. Pour lui, l'action de la syphilis serait nulle.

1. Behrend, *Thèse inaug.* Berlin, 1874.
2. Sigmund, cité par Quinquaud, in *Ann. de dermat.*, 1881.
3. Tibbits (E.), *The Lancet*, 23 décembre 1876.
4. Hutchinson, *Med. Times and Gaz.*, t. 1er, p. 92, 1881.
5. Henry Morris, *The Lancet*, mai 1882,
6. Funk, *Med. Times and Gaz.*, p. 331, 1882.

En somme, à part quelques exceptions, l'opinion presque unanime des auteurs est que, quand le cancer apparaît chez un sujet déjà infecté par la syphilis, il n'est pas rare qu'il se montre dans les points où celle-ci a porté son action. Donc, à côté des irritations mécaniques, dont l'influence sur la production du cancer a été bien mise en relief par Broca, Virchow, Billroth, Leclerc, il faut placer les irritations morbides, et, parmi ces dernières, les manifestations prolongées de la syphilis, qui crée des *loci minoris resistentiæ*, sur lesquels la diathèse cancéreuse latente aura un jour ou l'autre tendance à se localiser. Dès lors, rien d'étonnant de voir le cancer de la cavité buccale chez les syphilitiques, cette région étant un siège de prédilection pour les accidents secondaires et tertiaires.

Ces données reconnues vraies, on s'en tint là pendant quelque temps, moins avancé sur ce point que sur d'autres combinaisons de maladies constitutionnelles, par exemple l'association de la syphilis et de la scrofule, état mixte que Ricord et Lebert avaient si nettement caractérisé. Pourtant il serait injuste de ne pas mentionner le nom d'Yvaren, qui, dès 1854, avait entrevu la combinaison syphilo-cancéreuse. Après avoir rappelé que les manifestations syphilitiques sur la verge peuvent devenir la cause occasionnelle de la diathèse cancéreuse jusque-là inactive, il ajoute : « Je me demande quelle serait, dans ces cas mixtes, dans ces dégénérescences hybrides, l'action des mercuriaux, des iodiques et autres spécifiques qu'on emploie contre la vérole? Irais-je trop loin dans le champ des hypothèses en pensant que, par le mélange des deux principes qui constituent le cancer et la vérole, la diathèse cancéreuse, au contact avec le virus vénérien, serait dépouillée en partie de son incurabilité, et deviendrait accessible aux agents qui triomphent de la syphilis? Les faits pratiques manquant, ces idées théoriques restent encore à l'état de conjecture. »

On voit qu'Yvaren avait songé à cette hybridité pathologique, et nous montrerons que les faits que nous avons recueillis, s'ils ne réalisent pas entièrement son hypothèse, lui donnent pourtant quelque peu raison. La question d'Yvaren resta sans réponse pendant vingt ans.

Aussi Paget[1] en 1877, tout en recommandant l'étude attentive des formes mixtes des maladies constitutionnelles, était-il encore en droit de faire la remarque suivante : « Certaines maladies constitutionnelles paraissent très rarement marcher en même temps. Il en est ainsi pour le cancer et la syphilis, même lorsque le cancer

[1] Sir James Paget, *Leçons de clin. chirurg.*, 1877.

siège sur une langue ou une lèvre qui porte des traces de syphilis, ce qui arrive très communément. »

Il est vrai que le même auteur ajoute, quelques lignes au-dessous : « Très importantes sont les combinaisons de la syphilis, et, parmi toutes les affections constitutionnelles, elle paraît être la plus miscible. Les modes et les degrés dont elle est modifiée par les diverses constitutions de ceux qui en sont atteints, méritent une étude plus approfondie que celle qu'on leur a accordée. »

Il faut arriver à l'année 1880, pour voir réellement et sérieusement mise à l'ordre du jour la question de l'hybridité cancéro-syphilitique. M. Verneuil[1] le premier, qui avait observé plusieurs cas de cette combinaison, en fait le sujet d'une leçon clinique; et la même année paraît, sous son inspiration, la thèse du Dr Héraud[2], qui relate un cas fort intéressant d'hybridité.

Quelques mois plus tard, au congrès de Londres, M. Verneuil[3], raitant de l'influence des diathèses tuberculeuse, goutteuse ou autres sur la syphilis, aborde de nouveau le sujet, et convie ses collègues étrangers à une discussion, qui resta fort abrégée par suite de leur inexpérience de la question.

Vers la même époque, Langenbeck[5] publie une belle observation de carcinome lingual avec infiltration gommeuse. Il cite le fait sans le commenter, ni l'accompagner d'aucune réflexion, ce qui doit peu surprendre, l'étude des diathèses étant fort peu en honneur en Allemagne.

En 1883, MM. Barthélemy et Balzer[6] signalent les progrès qu'a faits, depuis quelques années, l'étude des relations de la syphilis et des divers états constitutionnels; et les mêmes auteurs ajoutent : « Ce sont les phénomènes de l'hybridité, et notamment ceux qui résultent du mélange de la syphilis et du cancer, qui ont été le plus étudiés. Verneuil croit que la syphilis, survenant dans le cours d'un cancer du sein par exemple, accélère la marche du cancer. D'autre part, s'appuyant sur un certain nombre de lésions linguales, il pense que la syphilis rend le cancroïde indolent. »

De son côté, M. Homolle[7] résume les opinions des différents

1. Verneuil, *Le Praticien*, n° 10, 1880.
2. Héraud, *Syphilome bucco-lingual*. Th. de Paris, 1880.
3. Verneuil, *Congrès de Londres*, t. II, p. 385, 1881.
4. Langenbeck, *Gummigeschwulste*, 1881.
5. Bouchard, *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 188. 1882.
6. Barthélemy et Balzer, Art. SYPHILIDES, du *Dict. de méd. et de chir. pr*. 1883.
7. Homolle, art. SYPHILIS, du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 850, 1883.

auteurs à propos de l'influence de la diathèse sur les états morbides constitutionnels, et en particulier mentionne celle de M. Mauriac, qui nie que les maladies constitutionnelles et la syphilis puissent jamais donner naissance à des produits hybrides. M. Homolle signale le cancer comme quelquefois associé à la vérole, dont les lésions sembleraient agir comme cause d'appel.

En terminant cette étude historique, nous n'avons garde d'oublier que M. Verneuil [1], pour nous faciliter ce travail, a de nouveau attiré l'attention sur cette question de pathologie générale, dans une leçon à laquelle nous avons fait de larges emprunts.

HYBRIDITÉ CANCÉRO-SYPHILITIQUE DE LA CAVITÉ BUCCALE.

Elle présente des caractères subjectifs et objectifs, ordinairement assez distincts.

D'une façon générale elle offre trois périodes, qui diffèrent suivant que les deux maladies existent simultanément, ou qu'elles succèdent l'une à l'autre, soit que le cancer se développe après une interruption plus ou moins longue des accidents syphilitiques, ce qui est la règle, soit que la syphilis apparaisse sur un néoplasme cancéreux, ce qui est l'exception.

L'hybridité affecte plusieurs variétés; mais quelle que soit sa période, quel que soit le siège des lésions associées, langue, amygdales, joues, lèvres, etc., elle présente des caractères qui permettent d'en distinguer trois formes qu'on peut nommer :

a. Cancéro-scléreuse;
b. Cancéro-gommeuse;
c. Cancéro-scléro-gommeuse.

A. — Forme-scléreuse.

En prenant comme type l'hybridité qui a pour siège la langue, laquelle est plus fréquente que les autres, on constate, au début, que le cancer se montre sous forme d'épithélioma papillaire, d'épithélioma interstitiel et de carcinome, ce dernier fort rare d'ailleurs.

1. Verneuil, *Semaine médicale*, n° 15, 1883.

Tantôt d'emblée, tantôt sur une de ces plaques dites des fumeurs, ou consécutivement à la glossite psoriasiforme, on voit apparaître, à la surface de la langue, une verrue, une fissure, une plaque inégale, rude, saillante, ou une petite ulcération. D'autres fois, de petites végétations, plus ou moins confluentes, ayant l'apparence verruqueuse ou vésiculeuse, font saillie sur un point limité de l'organe. Ces productions épithéliales, qui se développent plus en largeur qu'en profondeur, peuvent exister sur toutes les parties de la langue : sur la face dorsale, dans le segment antérieur, au niveau des bords, du côté de la base, près du sillon amygdalo-glosse, point d'origine fréquent (Verneuil et Demarquay); enfin, ce qui est assez rare, sur la face inférieure, au niveau du frein.

Dans le cas d'épithélioma interstitiel, une tumeur peu volumineuse, qui augmente graduellement, apparaît tout d'abord. Elle est située plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la langue, enchâssée pour ainsi dire dans le tissu musculaire et quelquefois entourée de petites nodosités dures, qui ne tardent pas à se réunir : dès lors, la masse néoplasique donne la sensation d'une tumeur irrégulière, ferme, élastique, indolente, reposant sur un fond induré et à limites indécises. A mesure que le mal fait des progrès, cette tumeur tend à devenir superficielle, et à une époque variable, la partie la plus saillante se convertit en ulcération

L'épithélioma peut conserver ces caractères et exister seul pendant un temps variable ; mais, un jour, la diathèse cancéreuse réveille la syphilis, alors de nouvelles lésions appartenant à cette dernière viennent s'ajouter et former mélange.

Dans d'autres cas plus rares, on assiste à l'évolution successive des accidents syphilitiques secondaires et tertiaires; puis peu à peu on voit la glossite scléreuse se développer et en même temps apparaître la tumeur cancéreuse.

Que l'une ou l'autre de ces variétés ait marqué le début de l'affection, on a sous les yeux à un moment donné un état mixte dû aux lésions commençantes du cancer et aux altérations de la glossite scléreuse. Le plus souvent, voici quel est alors l'aspect de la langue.

L'organe est augmenté de volume, rarement dans sa totalité, le plus fréquemment dans la portion où siège le néoplasme et dans le segment périphérique qui le circonscrit; la tumeur cancéreuse, si elle est superficielle, forme une plaque dure, irrégulière, de largeur variable et de saillie plus ou moins prononcée, sous-muqueuse, résistante, élastique, assise sur une base indurée à limites indécises. Si

l'épithélioma est interstitiel, on observe autour de la partie envahie par le cancer, les lésions de la glossite scléreuse superficielle, c'est-à-dire les indurations circonscrites ou en nappe de la muqueuse, laquelle est lisse, unie, dépourvue de papilles, à peine rosée, quelquefois même blanchâtre, ou plus souvent les caractères de la glossite dermo-parenchymateuse, dont l'induration, au lieu d'être mince et lamelleuse, est diffuse, pénétrante, donnant au doigt une sensation particulière de dureté sèche (Fournier).

Quand cette induration peut se distinguer de celle du cancer, il est facile d'établir la différence. Mais chez quelques malades, la séparation est moins nette, et l'on est exposé à méconnaître ce qui revient à chaque diathèse.

D'autres fois, l'hybridité à forme cancéro-scléreuse se manifeste sous un aspect plus compliqué, par suite de quelques altérations que subit la membrane muqueuse, comme celles qui caractérisent la glossite psoriasiforme, sclérose dermique qui consiste en une transformation fibroïde de la muqueuse. Affection à marche chronique, cette glossite occupe la face dorsale et se présente sous deux formes : l'une lisse avec indurations lamelleuses, l'autre mamelonnée avec lobules durs, circonscrits par des sillons (Fournier). Elle résulte d'une hyperplasie de l'épithélium, qui prend une teinte blanche, nacrée, et qui affecte une disposition en plaques, variant en nombre et étendue, au point de constituer parfois une carapace plus ou moins complète.

Souvent ces plaques se fendillent et présentent des déchirures linéaires superficielles qui les transforment en une surface ayant quelque ressemblance avec un parquet. Ces proliférations épithéliales, dont l'exfoliation est continue, s'accompagnent d'une inflammation interstitielle du derme qui prend une consistance parcheminée.

La sclérose psoriasiforme, qui peut précéder l'apparition de la tumeur hybride ou se développer en même temps, est en rapport pathogénique soit avec le cancer, soit avec la syphilis. Ce qui explique pourquoi, sur certains malades, elle n'éprouve aucune amélioration du traitement spécifique, et chez d'autres, y cède manifestement.

La surface de la langue est parfois recouverte d'érosions ou d'ulcérations, qui reposent sur des tissus indurés et feraient croire à un épithélioma à ulcérations multiples. Mais, outre qu'il est rare, dans le cancer pur, de voir plusieurs foyers ulcérés, on reconnaît vite que ces ulcérations diffèrent à tous les points de vue des ulcérations

cancéreuses. Elles ont des sièges de prédilection : les bords de la langue et les scissures interlobaires; quelques-unes, tout à fait superficielles, ne sont que de simples érosions, à bords bien limités, non indurés, et offrant une coloration d'un rouge vif, qu'on n'observe jamais dans l'ulcération cancéreuse. Nées sous l'influence des irritations diverses qui atteignent la langue, elles doivent être rangées dans la classe des ulcérations simples inflammatoires. Peut-être cependant la syphilis ne serait pas étrangère à la production de quelques-unes d'entre elles.

La variété la plus commune de l'hybridité cancéro-syphilitique est constituée, d'une part, par l'induration profonde et étendue de la glossite dermo-parenchymateuse avec ou sans ulcérations superficielles, et, d'autre part, par une tumeur cancéreuse ulcérée. On constate alors une tuméfaction de la langue, ordinairement bien limitée, plus prononcée en hauteur qu'en largeur, et parfois formant une saillie en dos d'âne. La face dorsale n'offre plus son aspect régulier; elle est inégale, divisée en petites bosselures, en mamelons, que séparent des sillons plus ou moins profonds, au niveau desquels existent quelquefois des ulcérations étroites et superficielles.

Lorsqu'on presse ces parties entre les doigts, on les trouve fortement indurées et l'on sent que cette induration, de consistance fibreuse, pénètre dans la profondeur en faisant corps avec la masse linguale. Contiguë à cette induration se trouve la tumeur cancéreuse, dont la base, également dure, se distingue pourtant de l'hyperplasie syphilitique par une sensation plus élastique et mieux circonscrite, à moins qu'elle n'ait envahi le plancher de la bouche ou la partie postérieure de la langue.

L'ulcération maligne se présente avec ses caractères ordinaires, sans avoir subi l'influence de l'autre diathèse, contrairement à ce que nous verrons dans une autre forme. D'étendue variable, elle est souvent fongueuse, comblée par des bourgeons en forme de champignons, de couleur framboisée et saignant au moindre contact, ou de coloration grise et recouverte d'un liquide sanieux et fétide; la muqueuse qui l'entoure forme un bourrelet à bords irréguliers et déchiquetés; d'autres fois, il y a véritable perte de substance et ulcération : l'aspect est tout différent. Au lieu d'une saillie bourgeonnante, on aperçoit une cavité irrégulière, anfractueuse, dont le fond est tapissé par une couche grisâtre, ou par un semis de petits points jaunâtres et dont les bords indurés, épaissis et saillants, sont renversés en dehors ou en dedans, plus rarement taillés

à pic; de cette ulcération s'écoule en assez grande abondance un ichor sanieux, d'odeur caractéristique.

En résumé, les caractéres physiques de cette forme cancéro-scléreuse ne sont pas toujours identiques, et s'il était de quelque intérêt d'établir des subdivisions, on pourrait admettre quatre variétés de tumeurs hybrides : 1° sans ulcérations; 2° avec sclérose dermique psoriasiforme; 3° avec ulcérations superficielles de la muqueuse; 4° avec ulcération cancéreuse proprement dite.

Obs. I. — *Syphilis et glossite psoriasiforme antérieures. — Epithélioma de la langue. — Hybridité à forme cancéro-scléreuse. — Indolence de la lésion. — Quelques douleurs cervicales par compression. — Traitement mixte prolongé aggravant l'état.* (Communiquée par M. Verneuil.)

En octobre 1883, M. H..., cinquante-huit ans, venu de province pour une tumeur ulcérée de la langue, ayant largement usé et abusé de sa jeunesse, n'abandonnant le plaisir que lorsque des attaques de goutte le retenaient au lit, notablement affaibli depuis quelque temps, présentait déjà les apparences de la sénilité.

A vingt-deux ans, chancre induré, et, malgré le traitement spécifique mis immédiatement en usage, syphilide papuleuse confluente et plaques muqueuses aux lèvres, à la langue et à l'anus, qu'on eut beaucoup de peine à faire disparaître.

Après quelques mois d'apparente guérison, de nouvelles ulcérations se montraient dans la cavité buccale ; le malade reprenait le traitement, et guérissait encore.

Pendant dix ans M. H... mène joyeuse vie et, sans trop s'en inquiéter, voit à maintes reprises paraître et disparaître de nombreuses ulcérations buccales (syphilides muqueuses hypertrophiques), auxquelles succèdent, pour rester permanentes, des plaques blanchâtres, qui se fixent sur la face interne de la lèvre inférieure et la face dorsale de la langue.

Jusqu'en 1881, M. H..., tout en constatant que ces plaques de glossite psoriasiforme, restées indolentes, s'agrandissent et semblent devenir plus épaisses, ne s'en préoccupe pas; mais en quelques jours la maladie fait subitement des progrès. La moitié droite de la langue, envahie depuis longtemps par un îlot blanchâtre, se déchire, se fendille, se crevasse et tend à faire saillie, pendant que l'organe entier se tuméfie et devient inapte à ses fonctions ordinaires.

Mercure et iodure de potassium sont repris avec rigueur; mais aucune amélioration ne se produit. Bientôt le mercure ne peut plus

être supporté; il est supprimé, mais sous son influence, comme la syphilis n'était plus en jeu, l'ulcération néoplasique s'agrandit, se creuse et forme au niveau du bord droit de la langue, près de la pointe, une excavation que des bourgeons fongueux et saignants ne tardent pas à combler.

Un médecin propose l'ablation de la partie malade. M. H... s'y refuse et n'accepte que des cautérisations : à plusieurs reprises on touche les bourgeons avec le thermo-cautère; on parvient ainsi à les réprimer, à les détruire même, et à obtenir presque la cicatrisation de l'ulcération.

Le succès fut de courte durée, et si les bourgeons saillants n'ont plus reparu, on voit aujourd'hui une excavation anfractueuse, irrégulière, à fond grisâtre, limitée par des bords durs, épais, saillants, constituant une espèce de cupule indurée de 2 à 3 centimètres de largeur. Cette sclérose, un peu plus étendue à gauche de l'ulcération, s'enfonce dans l'épaisseur de la langue dont elle a envahi la moitié antérieure, et paraît identique à la glossite scléreuse syphilitique profonde. Malgré ces lésions et la tuméfaction générale, la langue fonctionne encore assez bien. Jamais, à aucune époque, *elle n'a été le siège de douleurs, ni d'élancements*; le contact même des corps étrangers est indifférent.

Le malade n'accuse de douleurs que dans la région cervicale supérieure, où l'on constate un engorgement ganglionnaire survenu depuis trois mois. — État général bon.

OBS. II. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue. Hybridité à forme cancéro-scléreuse. — Indolence de la lésion. Traitement mixte aggravant l'état.* (Communiquée par M. Verneuil.)

M. B..., cinquante-quatre ans, taille moyenne, ayant joui d'une bonne santé jusqu'à ces derniers temps, mais ayant beaucoup fumé, vint me consulter, en novembre 1882, pour une induration qui avait débuté en février de la même année par le bord gauche de la langue; sur le conseil d'un médecin, il prit en septembre des granules d'arséniate de soude.

Voici la note que je rédigeai à cette époque :

« Les caractères de l'affection sont douteux; la dureté de la langue fait penser à l'épithélioma; la multiplicité des ulcérations et des points durs, l'indolence complète, l'existence avouée d'une syphilis antérieure et, enfin, l'absence de tout engorgement ganglionnaire, circonstances rassurantes, font croire à

une glossite tertiaire, à un sclérème syphilitique de la langue.

« Je conseille de procéder de la manière suivante :

« Faire pendant vingt jours environ l'essai du traitement mixte, soit avec le sirop de Gibert, soit avec le proto-iodure d'hydrargyre et l'iodure de potassium. Si, après cet essai consciencieusement fait, le mal n'est nullement modifié, et, à plus forte raison, s'il s'aggrave, il faudra sans retard recourir à l'opération. »

M. B..., convaincu que son affection était tertiaire et redoutant, d'ailleurs, une opération chirurgicale, continua l'usage des médicaments jusqu'en janvier 1883, et ne cessa qu'à cause d'un rhume violent. La tumeur s'était accrue; les ganglions avaient commencé à s'engorger; la langue entière était indurée. Un jeune chirurgien, consulté, promit une opération à titre de consolation, mais eut la sagesse de ne pas la pratiquer.

M. B... est revenu me voir le 24 juin dernier : il n'est plus que l'ombre de lui-même, ayant maigri de vingt livres depuis deux mois, malgré l'usage de la poudre de viande. La faim est continuelle, la salivation considérable; tous les ganglions sus-hyoïdiens et sous-maxillaires sont pris; les ganglions carotidiens supérieurs forment au-dessous de l'oreille une tumeur du volume d'un œuf de poule. La langue, ulcérée partout, dure comme du bois, doublée de volume et immobile, remplit la bouche au point d'empêcher les dents de se rejoindre. *Les douleurs sont tout à fait nulles.* M. B... fait des injections de morphine, mais c'est pour atténuer la salivation et combattre l'insomnie.

Si le patient eût suivi à la lettre mon conseil, j'aurais pu l'opérer fructueusement à la fin de novembre dernier.

On remarquera encore dans ce cas la multiplicité et la diversité des lésions linguales, ainsi que l'indolence aussi complète que possible, alors que les lésions étaient portées au maximum.

Obs. III. — *Syphilis antérieure. — Glossite psoriasiforme. — Épithélioma de la langue. — Hybridité cancéro-scléreuse. — Indolence de la lésion. — Céphalée améliorée par le traitement mixte* (personnelle).

B... (Jean), soixante-six ans, employé de commerce, entre le 15 mars 1883 à la Pitié, service de M. Verneuil.

Antécédents héréditaires nuls; comme antécédents personnels, plusieurs attaques de rhumatisme et syphilis contractée en 1869.

Dès le début de celle-ci, le malade a pris la liqueur de Van Swieten ou des pilules de proto-iodure pendant cinq mois : vers la fin de la

première année, des plaques muqueuses se sont montrées au fond de la gorge et sur la langue et ont disparu par le même traitement.

Depuis dix ans, presque chaque année, le malade aurait eu sur les bords et la face supérieure de la langue de petites ulcérations, qui duraient peu et disparaissaient spontanément. L'usage de la pipe n'était peut-être pas étranger à leur développement.

Au commencement de 1882, la langue s'est couverte de plaques blanchâtres et a augmenté de volume : ces plaques n'ont jamais disparu complètement, le gonflement s'est toujours accru, et il y a deux mois, sur le milieu même de l'organe, apparaissait une grosseur aplatie du volume d'une amande, avec quelques élancements.

État actuel. — Constitution affaiblie ; tempérament nerveux, amaigrissement depuis quelques mois.

La langue a beaucoup augmenté ; elle remplit, en grande partie, la cavité buccale ; l'augmentation porte sur toute la portion horizontale : sur la moitié postérieure, qui est restée souple et molle, on aperçoit quelques petites plaques blanchâtres, peu épaisses et formées par la couche épithéliale.

A la partie moyenne de la face dorsale, plaque dure, de la largeur d'une pièce d'un franc, irrégulièrement arrondie et faisant nettement saillie sur le reste de l'organe ; elle est rougeâtre, d'apparence papilliforme, un peu sensible au toucher et enchâssée pour ainsi dire dans le tissu musculaire, dans lequel elle envoie quelques prolongements. Sa dureté caractéristique contraste avec les parties environnantes et sous-jacentes, qui ont conservé un certain degré de souplesse : sa surface n'est pas ulcérée, mais inégale et formée de petits mamelons durs et isolés.

En avant, jusqu'au niveau de la pointe, sur la portion tuméfiée, petites ulcérations superficielles, rouges, entourées de plaques pseudo-membraneuses blanchâtres, en un mot altérations scléreuses tertiaires. La pointe, les bords, le plancher buccal n'offrent rien de particulier.

Double engorgement ganglionnaire sous-maxillaire, volumineux. Le malade ne ressent pas de douleurs dans la bouche, mais se plaint d'une céphalée à peu près constante. Gêne de la mastication, de la déglutition et de la phonation. Toute opération étant contre-indiquée, on prescrit pour combattre l'élément spécifique l'iodure de potassium et des frictions mercurielles.

Au bout de huit jours la douleur de tête a diminué, mais la langue semble avoir augmenté de volume : on suspend le traitement et

après une semaine on reprend l'iodure seul (3 gr.) qui n'amène aucune amélioration.

Le malade sort de l'hôpital en mai et y rentre au mois de juin : on ne constate de changement que du côté des ganglions, qui ont augmenté de volume; l'état de la langue est le même; il semble que l'induration, sur laquelle repose la plaque néoplasique médiane, soit plus prononcée et un peu plus étendue.

Le malade reste quelques jours à l'hôpital; il revient à la consultation le 25 octobre. La langue est plus volumineuse et plus indurée, la sclérose s'étend en profondeur et en largeur : les mouvements de l'organe sont plus difficiles. L'engorgement ganglionnaire a augmenté. État général moins bon.

Obs. IV. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue. — Hybridité à forme cancéro-scléreuse. — Indolence de la lésion. — Amélioration momentanée par le traitement mixte.* (Communiquée par M. Fournier.)

M. L..., trente neuf-ans, sans antécédents héréditaires cancéreux ni maladies antérieures, vient le 15 octobre 1881 consulter le professeur Fournier et lui raconte qu'il y a six semaines il a vu paraître sur le menton trois ulcérations qui, depuis quelques jours, tendent à disparaître.

M. Fournier constate trois chancres indurés, en voie de cicatrisation; double engorgement sous-maxillaire. Roséole. Pilules de proto-iodure pendant deux mois.

Les indurations mentonnières s'affaissent peu à peu, puis disparaissent. Le malade continue le traitement; aucun accident jusqu'au 10 septembre 1882, sauf quelques plaques buccales de courte durée.

Fin d'octobre, le malade, inquiet de la persistance d'une ulcération sublinguale, revoit M. Fournier, qui constate au niveau du filet une ulcération allongée d'avant en arrière, dans une étendue de 2 ou 3 centimètres, creuse, indurée, grisâtre, non douloureuse, d'aspect cancroïdien, et accompagnée d'une énorme adénopathie sous-maxillaire.

Le traitement à plus haute dose procure une notable amélioration dans l'aspect de l'ulcération. Mais celle-ci ne disparaît pas complètement, et en février 1883, on en trouve de nouvelles dans son voisinage. En un mois et demi, toute l'extrémité de la langue prend les caractères de la glossite scléreuse avec exulcérations et ulcérations multiples.

En avril, les ulcérations se sont amoindries sous l'influence de

collutoires, mais toute l'extrémité antérieure de la langue est dure comme du bois : les bords sont crénelés; l'organe entier est augmenté de volume.

En mai, légère amélioration : les ulcérations ne sont plus que des érosions, et la langue, tout en restant dure, est moins volumineuse. Dans les deux mois qui suivent, après avoir subi une légère diminution, la partie malade s'est de nouveau accrue et la dureté s'est accentuée en deux points contigus aux bords et voisins de la pointe.

Au commencement d'août, le malade se présente à la clinique de M. Verneuil, qui constate :

Dans la région mentonnière, cicatrices des chancres; langue toute entière augmentée de volume. L'hypertrophie porte principalement sur la moitié antérieure, dans le double sens de sa largeur et de son épaisseur. L'organe jouit néanmoins de sa mobilité ordinaire et peut être facilement tiré hors de la bouche.

Sur la face dorsale, de chaque côté de la ligne médiane, près de la pointe, deux ulcérations d'inégale largeur, l'une à gauche, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, l'autre à droite, un peu plus petite; toutes deux superficielles, contiguës aux bords de l'organe, et reposant sur une base indurée : la sensation que l'on perçoit par le toucher n'est ni celle de la glossite dermo-parenchymateuse, ni celle de l'épithélioma; on a entre les doigts une induration mixte, qui rappelle la glossite en ce qu'elle est profonde, pénétrante, diffuse, et qui tient à l'épithélioma, en ce qu'elle est plus prononcée, plus fibreuse que dans la glossite, sans atteindre pourtant le degré de dureté type du cancroïde. Ces ulcérations indurées sont séparées l'une de l'autre par une portion de l'organe dont la consistance est un peu accrue; à ce niveau, on voit la muqueuse lisse, unie, pâle, d'aspect œdémateux, soulevée en forme d'ourlet.

Sur la face inférieure on aperçoit, séparées par de petites saillies, plusieurs ulcérations superficielles occupant les côtés du frein et les parties latérales; les premières offrent une forme arrondie, assez régulière; les secondes sont inégales, en forme de fissures, aspect qu'elles doivent à la pression des dents, qui appuient continuellement sur la langue élargie. Ces différentes ulcérations sont grisâtres, sans caractères particuliers, exemptes de toutes douleurs, soit spontanées, soit au contact, et ne donnent lieu à aucun suintement sanguin.

Jamais, depuis le début de l'affection jusqu'à ce jour, le malade

n'a *ressenti de douleurs*, ni à la langue ni dans les régions voisines. Il n'accuse que quelques légers picotements au moment du repas ou lorsqu'un liquide vient à toucher les surfaces ulcérées.

La langue, quoique volumineuse et moins mobile qu'à l'état normal, jouit de la plupart de ses fonctions; toutefois la prononciation n'est pas aussi nette, et la mastication est un peu entravée.

Les ganglions sous-maxillaires forment des deux côtés deux tumeurs dures, indolentes, volumineuses.

L'état général est bon, bien que les actes digestifs buccaux soient mécaniquement entravés.

M. Verneuil partage l'opinion de M. Fournier et croit à l'hybridité cancéro-syphilitique.

30 octobre 1883. — Depuis deux mois, mercure et iodure ont été pris à doses plus fortes. Ce traitement a-t-il véritablement agi sur l'élément syphilitique, ou bien l'épithélioma s'est-il accentué ? Toujours est-il qu'aujourd'hui les caractères de l'hybridité se sont effacés, et que l'aspect des lésions est celui de l'épithélioma.

Les ulcérations de la face dorsale se sont agrandies et arrivent presque au contact; un peu plus profondes et circonscrites par un bourrelet plus saillant, elles sont d'une coloration gris terne, due à une couche mince de liquide un peu odorant. L'induration occupe toute la partie antérieure de la langue; elle est plus prononcée, plus franche que dans les premiers jours, et comparable actuellement à la dureté squirrheuse. On ne constate aucun changement notable à la face inférieure.

Aucune douleur. Sécrétion salivaire accrue. Augmentation de l'engorgement ganglionnaire. Gêne plus grande des mouvements de la langue dans l'acte de mastiquer et de parler.

Obs. V. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue et du plancher. — Hybridité à forme cancéro-scléreuse. — Indolence complète*[1].

Homme de trente-six ans, atteint d'épithélioma de la langue et du plancher de la bouche : induration étendue. Pas de douleurs au niveau du néoplasme, ni à la face. Accidents syphilitiques dix ans auparavant.

Obs. VI —. (résumée). *Syphilis antérieure probable. — Squirrhe de la langue. — Nodosités fibreuses des joues. — Hybridité à*

1. Verneuil, *Semaine médicale*, 5 avril 1883.

forme cancéro-scléreuse. — Indolence complète. — Traitement mixte sans amélioration[1].

L..., soixante-six ans, ébéniste, entré à la Pitié le 17 juin 1880 (service de M. Verneuil). Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels. Il y a deux ans et demi, raideurs et douleurs lancinantes dans les petites articulations des mains.

Autrefois fort et robuste, cet homme est aujourd'hui amaigri, affaibli, pâle et d'apparence cachectique. Depuis plusieurs mois, affection de la gorge, qui gêne la déglutition. La langue ne peut être tirée complètement de la bouche; elle a conservé sa coloration rosée, son aspect papillaire, ne présente pas d'ulcération, pas de papillomes, pas de tumeur limitée, mais a augmenté de volume dans son ensemble, ce que démontre l'empreinte des dents sur les bords. En outre, elle offre sur presque toute sa surface une dureté ligneuse à peu près uniforme; les bords seuls conservent un peu de souplesse. Le reste de la cavité buccale est normal.

Hypertrophie des glandes sous-maxillaires; induration notable des muscles de la région sus-hyoïdienne; augmentation considérable d'épaisseur de l'os hyoïde. Gêne assez prononcée des mouvements du cou. Déglutition des solides lente et difficile. Au niveau de chaque commissure, petite tumeur interstitielle de consistance fibreuse, sans papillome, sans saillie du côté de la peau ni de la muqueuse; simple induration à la face externe de la joue.

M. Verneuil, après avoir discuté le diagnostic, s'arrête à l'idée de cancer et de syphilis associés. Traitement antisyphilitique pendant quelques jours, sans modifications sensibles.

Le malade est envoyé dans le service de M. Fournier, où il séjourne quelque temps. On note bientôt au niveau des saillies osseuses et sur le trajet de quelques os longs, tibias, humérus, ainsi que sur les os des pieds, de vives douleurs à la pression; une céphalalgie intermittente très violente, apparaissant sous forme d'accès; de petites tumeurs dures, peu douloureuses, dans l'épaisseur des muscles de l'abdomen; œdème des membres inférieurs; état de plus en plus cachectique.

Le traitement spécifique ne produit aucune amélioration. L'état de la langue reste le même; l'engorgement ganglionnaire augmente.

Obs. VII — *Syphilis antérieure. — Carcinome sublingual et infiltration gommeuse (scléreuse) de la langue. — Hybridité a*

1. Héraud, *Du syphilome bucco-lingual*. Th. de Paris, 1880.

forme cancéro-scléreuse. — Indolence complète. — Traitement mixte faovrable[1].

N..., 48 ans, bien bâti, un peu pâle. Anémique dans sa jeunesse. En 1854, gonorrhée; en 1857, ulcères durs du frein, traités localement; le malade ne suit aucun régime; pilules de proto-iodure prises sans succès. Les ulcérations durent trois mois, un exanthème se montre sur tout le corps; on le fait disparaître par la décoction de Zittman. En hiver 1858, condylomes de l'anus et des commissures labiales, qui s'améliorent sous l'influeuce de l'iodure de potassium.

Pendant cinq ans, aucun accident. En 1864, première manifestation sur la langue, qui prend un aspect tomenteux et augmente légèrement de volume. Sur les bords de l'organe, petites ulcérations douloureuses au moment des repas, et condylomes plats aux commissures des lèvres.

En 1866, eaux sulfureuses; deux cures à Kissingen pour congestion hépatique. Durant ce temps l'affection linguale s'améliore un peu, mais sans disparaître. La langue reste enflée et, de temps à autre, les condylomes labiaux reparaissent. En 1879, douleurs vives dans la bouche et les oreilles. Insomnies fréquentes.

État actuel. — Léger gonflement de la langue, qui offre çà et là des fissures et un enduit très adhérent, blanc jaunâtre : sur sa face dorsale, on sent plusieurs points durs et sur sa face inférieure on constate l'existence d'une ulcération assez large, à bords calleux, extrémement sensible au toucher, assez peu apparente et peu accessible à l'exploration, parce que l'organe est presque immobile sur le plancher buccal. Sur les parties latérales du cou, petits ganglions isolés, sensibles à la pression : sur la poitrine et sur le dos, ecthyma. Quoiqu'on pensât actuellement à un carcinome du plancher buccal, on n'abandonne pas le traitement spécifique (frictions mercurielles et KI).

Au bout de trois semaines, disparition de l'éruption cutanée; meilleur aspect de la langue, dont la muqueuse a perdu son revêtement tomenteux et son aspect fissuré. La partie gauche de l'organe, qui était çà et là dure, est devenue molle et beaucoup plus mince. Mais la tumeur sublinguale a augmenté de volume et occasionne toujours de la gêne et quelques souffrances. Un prolongement dur, qui s'étend jusqu'à la pointe, augmente la moitié droite de la langue, qui reste fixée au plancher buccal. L'examen microscopique prouve qu'on a affaire à un carcinome épithélial.

1. Langenbeck. *Uber Gummigeschwülste* (Granulome; syphilome), 1881, 265.

Obs. VIII. — *Syphilis antérieure. Épithélioma de la langue consécutif à un ulcère syphilitique. Hybridité à forme cancéro-scléreuse. Indolence complète*[1].

Henry C..., 59 ans, fumeur de pipes en terre, porte une ulcération de la face dorsale de la langue, qui, occupant la moitié gauche jusqu'à un tiers de pouce de l'extrémité, est profondément fissurée d'arrière en avant; sur le bord des fissures, les tissus sont soulevés, d'apparence papillaire et couverts d'une sécrétion grise tenace. La surface est insensible : la muqueuse de la partie antérieure de la langue est blanche, irrégulièrement fissurée sur le côté gauche, lisse sur le côté droit. Les papilles circonvoisines sont très hypertrophiées : pas de difficulté de la déglutition, pas d'engorgement ganglionnaire.

Antécédents, — Chancre il y a quarante ans, suivi d'un fort mal de gorge et d'une éruption cutanée. Oncle mort d'une tumeur maligne de la gorge.

Le 27 juin. Ablation avec l'écraseur linéaire des deux tiers de la angue, sans autres accidents qu'une légère hémorrhagie. L'examen microscopique confirme le diagnostic d'épithélioma.

Obs. IX (résumée). — *Syphilis antérieure. Epithélioma de la langue. Hybridité à forme cancéro-scléreuse. Indolence complète*. (Communiquée par M. Fournier.)

L..., 45 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 18 octobre 1879.

Chancre il y a quatre ans : à la suite, taches rouges sur la peau; plaques muqueuses buccales; laryngite et angine qui ont toujours persisté.

Il y a sept mois, apparition sur la langue d'un bouton qui, peu à peu, s'est agrandi et a envahi toute la surface de l'organe; le malade consulte d'abord au Midi, où la nature syphilitique de la maladie n'est pas reconnue. Plus tard, consultation à Saint-Louis, où l'on ordonne l'iodure de potassium et des gargarismes chloratés.

A l'entrée, toute la moitié droite de la langue est déchiquetée, à bords gris, séparée de la partie gauche par un grand sillon profond où s'appliquent les dents lorsque la bouche est fermée. Sur la face supérieure de cette portion malade, qui est d'une dureté inégale, on trouve un certain nombre de bosselures et sur la face inférieure de nombreuses ulcérations grises. La moitié gauche le

1. Marshall. *Med. Times and Gaz.*, 1878, t. II, p. 682.

l'organe est uniformément indurée, tuméfiée suivant son diamètre vertical; elle touche presque la voûte palatine.

Dans la région rétro-maxillaire droite, masse multilobulée, sans adhérences avec la peau ni avec le maxillaire. On distingue six ou sept ganglions mous et fluctuants. Sur le bord inférieur du maxillaire, autre masse dure, irrégulière, faisant saillie du côté de la bouche. A gauche, les ganglions sous-maxillaires sont également volumineux et durs. Teint pâle, terreux; amaigrissement.

Obs. X (résumée). — *Syphilis antérieure. Epithélioma de la langue. Hybridité à forme cancéro-scléreuse. Quelques douleurs calmées par l'iodure de potassium*[1].

X..., 48 ans, boulanger, entre le 6 janvier 1881 à la Pitié, service de M. Verneuil.

Père et mère morts dans un âge avancé.

Pas de maladie dans la jeunesse, sauf un chancre contracté à 25 ans et suivi de quelques manifestations secondaires (plaques muqueuses buccales, labiales, etc.). Six ans après, ulcérations spécifiques sur la jambe gauche, qui cèdent au traitement en laissant des cicatrices actuellement visibles.

Il y a sept mois, developpement d'une petite tumeur au-dessous de la langue, du côté gauche : les ganglions voisins se prirent un mois après; applications sur le cou de pommade de ciguë et traitement antisyphilitique, continué pendant un mois environ; 50 grammes d'iodure de potassium furent absorbés.

Quelques semaines après le début, le malade éprouve de la difficulté à parler; depuis deux mois, cette gêne a augmenté au point de rendre le langage incompréhensible; aujourd'hui la déglutition et surtout la mastication sont excessivement douloureuses. D'après le malade, l'engorgement ganglionnaire aurait disparu à une certaine époque après l'usage de l'iodure.

La tumeur elle-même n'a jamais été le siège d'une douleur intolérable; pourtant, il y a quelque temps, la souffrance se serait accrue et irradiée dans l'oreille correspondante, ce qui n'existe plus aujourd'hui. Une céphalalgie mal localisée au front et à la nuque supprime souvent le sommeil.

Expuition continuelle d'un liquide filant, sanguinolent, formé de salive et de matière sanieuse et fétide.

Actuellement, ulcération fongueuse occupant le plancher de la

1. Guillier. *De l'épithélioma de la langue*. Th. de Paris, 1880.

bouche et la face inférieure de la langue, dont le bord correspondant et la pointe sont en partie détruits : le maxillaire est atteint. Double engorgement ganglionnaire cervical et carotidien.

Obs. XI (résumée). — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue et du plancher de la bouche. — Hybridité à forme cancéro-scléreuse. — Vives douleurs rebelles à l'iodure de potassium*[1].

Ferr..., cinquante deux ans; chancres multiples sur le pubis et à la racine de la verge en 1840; traitement pendant trois mois : 122 pilules de proto-iodure. Depuis cette époque, aucun accident. En 1867, rhumatisme généralisé. Mère morte d'un cancer du sein.

Entrée à l'hôpital le 22 avril 1878. Depuis deux semaines, apparition d'un bouton dur sur le plancher de la bouche, à gauche du frein; gêne de la déglutition presque immédiate. Actuellement, végétation s'étendant sur la partie gauche du plancher, dans une longueur d'un centimètre et demi. Elle est constituée par un tissu dur, ulcéré, quoique ne saignant pas facilement, et forme deux petites tumeurs séparées par un sillon; la postérieure, plus considérable, se pédiculise facilement et s'étend vers la partie correspondante de la face inférieure de la langue, à laquelle elle est fixée en quelques points; l'antérieur, plus aplatie, fait une saillie moins appréciable et s'étend jusqu'au frein; projection de la langue en avant dfficile; élévation vers la lèvre supérieure impossible.

Dans la nuit du 2 avril, première douleur vive au fond de l'oreille. qui depuis lors est revenue en moyenne trois fois chaque jour, de préférence vers le commencement ou la fin de la nuit. Elle est spontanée, intermittente, soudaine, rapide, très vive, et, dans l'intervalle de ses apparitions, laisse absolument tranquille le malade, qui la compare à un éclair à cause de sa courte durée et de sa soudaineté. Pas d'écoulement d'oreille, de bourdonnements, ni de surdité.

Engorgement des ganglions sous-maxillaires, qui sont le siège de quelques irradiations douloureuses.

Traitement. Iodure de potassium.

Quelques jours après, on constate que le mal a envahi la langue: les douleurs d'oreilles sont, non pas plus intenses, mais plus fréquentes.

1. Richard. Th. de Paris, 1878.

B. Forme cancéro-gommeuse.

Dans cette seconde forme de l'hybridité, l'aspect des lésions est tout autre lorsque la période d'ulcération est arrivée. On ne peut, faute d'observations, dire si avant cette époque il est possible de reconnaître cette forme et d'en porter le diagnostic, mais après on constate des caractères spéciaux qui traduisent bien les deux processus morbides.

Ce n'est plus côte à côte comme dans la forme précédente, que l'on découvre les manifestations de chaque diathèse, mais dans un même point, où s'établit entre elles une association si étroite, une combinaison si intime, que ce qui est particulier à chacune s'efface pour former une résultante tout à fait spéciale.

En vain l'on recherche l'ulcère fongueux bourgeonnant, à bords irréguliers et déchiquetés, ou l'ulcération anfractueuse, à bords indurés et renversés du cancer; en vain l'on essaye de reconnaître a caverne gommeuse; ni l'un ni l'autre de ces aspects ne se retrouve séparément; cependant ils existent alliés dans l'ulcère creux, à caractères spéciaux, que l'on a sous les yeux.

Le siège n'est pas toujours le même. Dans la plupart des cas 'ulcère occupe la partie moyenne de la face dorsale de la langue, mais on peut également le rencontrer au niveau des bords qu'il contourne, en se dirigeant en dessus ou en dessous. Les tissus ous-jacents indurés donnent au palper la sensation nette de 'induration cancroïdale; et, sans les autres caractères, on n'hésiterait pas à affirmer un épithélioma, conduit encore qu'on serait à e diagnostic par un léger décollement des bords. Mais, dans la orme, l'aspect du fond et du pourtour de l'ulcération, se trouvent 'autres attributs qui éloignent l'idée du cancer et rappellent plutôt a glossite gommeuse.

Cette ulcération varie entre quelques millimètres et plusieurs entimètres et présente une forme rarement ovoïde, comme dans a lésion syphilitique, mais plutôt allongée, profonde et parfois assez argement excavée.

Ses bords ne sont pas nettement taillés à pic et décollés comme ans le cancer; ils sont plutôt disposés en pente douce conduisant vers a partie profonde; s'ils sont flottants, ils ont plus de tendance à se enverser en dedans qu'en dehors; tantôt leur consistance est peu

prononcée; tantôt elle est assez ferme et se continue dans une certaine étendue, au niveau de laquelle la muqueuse est lisse, unie et parfois un peu œdémateuse.

Le fond de l'ulcération ne présente pas de bourgeons et jamais ne produit de suintement sanguin; il est tapissé par un enduit bourbillonneux, grisâtre, ou de couleur jaune nankin, dont l'adhérence rappelle les escharres de la caverne gommeuse. C'est une espèce de produit pseudo-membraneux, nullement semblable au liquide sanieux, ichoreux du cancer, et difficile à détacher des tissus sous-jacents.

Dans certains cas, cette ulcération n'est pas solitaire et on peut en observer plusieurs autres dans son voisinage. Mais, en général, ces dernières sont loin de présenter le même aspect hybride; et, autant par leurs caractères dissemblables que par leur mode d'évolution, elles paraissent devoir être plutôt rattachées à la troisième forme de l'hybridité.

Obs. XII. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma du voile du palais, de l'amygdale et de la joue. — Hybridité à forme cancéro-gommeuse. — Indolence complète. — Traitement mixte sans résultat.* (Communiquée par M. Verneuil.)

M. X..., de Calais, trente cinq ans, d'une stature presque athlétique, d'une constitution magnifique, a joui d'une santé excellente jusqu'en 1881. A cette époque, bien que la source de l'accident initial lui soit restée inconnue, il contracte la syphilis, qui se manifeste par la roséole, la céphalée, l'alopécie, accidents bientôt suivis de mal de gorge, de plaques opalines buccales, et de plaques muqueuses anales. La maladie, ignorée pendant quelque temps, est traitée comme dermatose de toute autre nature.

Aucune amélioration ne se produisant, on soupçonne la nature du mal et l'on institue le traitement mercuriel, qui n'est suivi que fort peu de temps et bientôt remplacé par l'iodure de potassium, dont le malade fait usage pendant près d'une année. Quoi qu'il en soit, les accidents secondaires disparaissent. Quelques mois plus tard se montrent les premiers signes de l'épithélioma.

En effet, vers le milieu de septembre 1882, M. X... commence à ressentir quelque gêne du côté de la gorge; bientôt il constate une petite ulcération au niveau de l'amygdale; en même temps la déglutition devient pénible, et l'engorgement ganglionnaire cervical apparaît. Supposant que les différents accidents sont dus à la syphilis, le malade reprend aussitôt le traitement spécifique; mais

aucune amélioration ne survient et les troubles s'accroissent.

Le 27 septembre 1883, nous constatons ce qui suit : la partie droite de l'isthme du gosier est transformée en une large ulcération, qui occupe la moitié du voile du palais, l'amygdale, et s'irradie sur la joue; ses bords sont indurés, taillés à pic, mais non renversés, présentant ainsi quelque analogie avec les bords de l'ulcération gommeuse; elle diffère de cette dernière par son fond, qui, au lieu d'être bourbillonneux, est comblé par des fongosités inégales et saignant au moindre contact. La surface de l'ulcère est recouverte d'une sanie grisâtre, peu abondante, qui laisse voir par places un piqueté blanchâtre. L'odeur de l'haleine est peu prononcée. Engorgement des ganglions sous-maxillaires et carotidiens.

Pas de douleurs dans le cou ni dans la gorge. Le malade n'accuse qu'une légère cuisson dans cette dernière région au moment où les aliments sont en contact avec l'ulcération.

Malgré cette grave lésion locale, l'état général s'est bien conservé. Mais, à cause de l'envahissement des ganglions carotidiens, toute intervention est contre-indiquée.

OBS. XIII (résumée). — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue. — Hybridité à forme cancéro-gommeuse. — Indolence complète. — Traitement mixte sans résultat*[1].

M. X..., trente-huit ans, robuste et vigoureux, paraissant jouir de la plus belle santé, m'est envoyé d'une ville du Midi. Je le vois en consultation avec MM. Broca et Trélat.

Cet homme, grand viveur, qui ne niait pas avoir contracté la syphilis, avait eu pendant longtemps la langue fendillée, comme dans une des formes de la glossite tertiaire.

Tout d'un coup il vit apparaître sur la langue une induration d'abord de la grosseur d'un noyau de cerise, puis d'une cerise, enfin d'une prune. Le centre de cette tumeur se creusa d'une cavité, et en moins de deux mois il se forma une ulcération creusée comme à l'emporte-pièce, d'un centimètre de profondeur, avec des bords taillés à pic et béants comme un cratère. A diverses reprises, des hémorrhagies graves se produisirent au centre de cette excavation; mais l'état général restait bon et il n'y avait pas de douleurs.

La syphilis n'était pas douteuse. Le malade portait sur le front, près des cheveux, une couronne révélatrice de boutons. Rien dans les régions cervicales. On avait donné l'iodure de potassium et le

1. M. Verneuil, le *Praticien*, n° 10, 1880.

mercure, inutilement, car rien n'avait pu arrêter le mal dont la marche avait été rapide. A l'exception d'un certain degré d'induration à son pourtour, l'ulcère ressemblait à une gomme ulcérée avec eschare jaune nankin ; pourtant les parois de la cavité, au lieu d'avoir une certaine tendance à revenir sur elles-mêmes, restaient écartées.

J'avais déjà remarqué cet aspect spécial dans les cas d'épithélioma chez des syphilitiques, et j'avais même observé qu'alors le cancroïde cessait d'être douloureux. Or, c'était bien à un épithélioma que nous avions affaire : mais l'infection syphilitique avait modifié l'aspect ordinaire de la lésion locale. On notait encore la présence de deux ganglions carotidiens assez volumineux.

Un bon diagnostic dans ces cas est fort important, car s'il est indispensable de donner l'iodure de potassium à un syphilitique tertiaire, en revanche ce médicament, produisant des effets déplorables chez les cancéreux, est alors tout à fait contre-indiqué.

Obs. XIII (résumée). — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la joue. — Hybridité à forme cancéro-gommeuse. — Douleurs calmées d'abord par l'iodure de potassium*[1].

Homme, quarante-trois ans, vigoureux, atteint autrefois de manifestations strumeuses. Il y a six ans, syphilis, très intense à la bouche langue grosse, fendue, ulcérée, psoriasis buccal. Il y a quatre mois, douleur à la partie profonde de la bouche, qui disparaît par l'iodure de potassium à haute dose. Actuellement, ulcération de la joue droite. présentant l'aspect d'une gomme ulcérée ou d'un épithélioma à marche rapide. Pas de douleurs.

M. Verneuil porte le diagnostic d'épithélioma buccal, modifié dans sa marche et ses caractères de manière à faire croire à une affection syphilitique; le traitement spécifique n'a fait qu'aggraver la maladie.

Obs. XIV. — *Syphilis antérieure probable. — Épithélioma de la langue. — Hybridité à forme cancéro-gommeuse. — Douleurs d'oreille rebelles à l'iodure de potassium* (personnelle).

M. X..., soixante-huit ans, habitant Vincennes, vient, le 22 juillet 1883, consulter M. Verneuil pour une ulcération située à la face inférieure de la langue.

Les antécédents héréditaires ne fournissent aucun renseignement : le malade lui-même n'a eu d'autre affection qu'un érysipèle de la

1. Noël, *De l'hybridité morbide*. Th. de Paris, 1878, obs. XXXI.

face en 1882, et il y a nombre d'années plusieurs hémorrhagies. Il affirme n'avoir pas eu la syphilis, dont on ne voit du reste aucune trace.

L'affection actuelle a débuté, il y a deux mois, sur le bord droit de la langue, à 2 centimètres de la pointe, par une grosseur assez saillante, non ulcérée, qui ayant atteint à un moment le volume d'une aveline, aurait en grande partie disparu sous l'influence de l'iodure de potassium et de gargarismes chloratés. Quelques jours après le début de l'affection, des douleurs continues apparurent au niveau de la langue, s'irradiant aux deux côtés de la face jusque dans les deux oreilles, principalement du côté droit. Les mouvements de la langue furent rapidement entravés; la mastication devint difficile, la déglutition gênée et la parole embarrassée. Ces troubles persistèrent malgré la diminution de la petite tumeur linguale et se sont accentués depuis un mois, en même temps que se montrait une ulcération à la face inférieure de la langue, à droite du filet.

M. X..., de constitution moyenne, a maigri depuis quelques mois; ses forces ont notablement diminué; son teint est jaunâtre.

État actuel. — Le volume de la langue a un peu augmenté : la face dorsale et le bord gauche n'offrent rien d'anormal; la pointe est libre, intacte, mais ne peut être sortie de la bouche ni portée à la voûte palatine, à cause de son adhérence au plancher.

En relevant cette pointe, on aperçoit à un centimètre et demi en arrière une ulcération de 2 centimètres de diamètre environ, occupant une grande partie de la face inférieure, toute la moitié droite et la ligne médiane, au niveau de laquelle le frein est détruit. Elle est remarquablement creuse : sa surface est recouverte d'une couche de détritus adhérents jaune nankin, et offre une certaine analogie avec le fond d'une gomme; ses bords sont réguliers, indurés, mais peu saillants, sans être taillés à pic. La portion voisine de l'organe présente une rougeur vineuse, qui repose sur un fond dur; à droite, cette induration se prolonge en arrière dans l'étendue de 3 centimètres sur le plancher.

Le doigt atteint facilement les limites de l'induration, et l'extirpation serait très aisément pratiquée : mais tous les ganglions sous-maxillaires, sus-hyoïdiens des deux côtés et même carotidiens supérieurs du côté droit sont indurés.

L'ulcération est peu douloureuse au toucher et ne saigne jamais; mais M. X... y ressent presque constamment des élancements et des douleurs qui se propagent en arrière jusqu'aux oreilles, où elles

atteignent leur maximum d'intensité. Ces douleurs dominent la scène et tourmentent le plus le malade, bien que les fonctions de la langue soient assez profondément atteintes. En effet, la mastication est entravée, ce qui ne permet que l'usage des aliments liquides; la déglutition est également difficile et la phonation est gênée par l'immobilité relative de la langue. Il y a exagération de la sécrétion salivaire, à laquelle se mêle du pus ichoreux et fétide.

Traitement : iodure de potassium; gargarisme au chlorate de potasse; vésicatoire morphiné à la tempe.

La maladie fait des progrès rapides : la langue tout entière envahie est convertie en une vaste ulcération excavée, dont les bords très indurés se confondent avec les tissus du plancher de la bouche également atteints. L'engorgement ganglionnaire augmente; des hémorrhagies surviennent bientôt et le malade succombe dans le marasme.

Obs. XV. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma du voile du palais et de la voûte palatine. — Hybridité à forme cancéro-gommeuse. — Douleurs calmées par l'iodure de potassium* (personnelle).

Louis Fl..., cinquante-sept ans, entre le 21 février 1883 à la Pitié, service de M. Brouardel.

Aucun renseignement sur la mort des parents.

Scorbut en 1870; nul souvenir d'avoir contracté la syphilis. Cependant il y a cinq ou six ans, sans cause connue, la jambe droite présente plusieurs ulcérations qui, pansées avec le vin aromatique, disparurent au bout de deux mois, en laissant des cicatrices sur lesquelles nous allons revenir.

État actuel. — Le malade, fort, de constitution robuste, prétend cependant qu'il a perdu de sa vigueur et qu'il a maigri depuis plusieurs semaines. Il porte, depuis une quinzaine de jours, au niveau des dernières molaires supérieures du côté droit, une ulcération gingivale, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, qui n'offre pas nettement les caractères de l'épithélioma; elle est peu profonde, à bords saillants très réguliers; pas d'engorgement ganglionnaire; le seul signe qui plaide en faveur du cancer est une très vive douleur dans le côté droit de la face.

Sur les faces interne et postérieure de la jambe droite, cicatrices, les unes noirâtres, les autres moins colorées, froncées et rétractées à leur centre, ayant toute l'apparence de cicatrices syphilitiques. Sur la face antérieure de la poitrine, cinq ou six taches blanchâtres de

grandeur variable, pouvant reconnaître, quoique cela soit moins certain, la même origine. La tête du péroné gauche est le siège d'une exostose qui en triple le volume.

Malgré les douleurs de la face, en présence de ces cicatrices et des caractères incertains de l'ulcération, le diagnostic restait douteux. Aussi on soumit le malade au traitement ioduré (3 grammes d'iodure de potassium par jour). En moins de huit jours les douleurs diminuent notablement : le 1er mars elles avaient à peu près disparu, mais en même temps l'ulcération avait fait des progrès et un ganglion sous-maxillaire s'était engorgé.

La nature de l'affection qui prédomine n'est plus alors douteuse : l'épithélioma marche rapidement.

L'ulcération, large comme une pièce de un franc, fongueuse, grisâtre, occupe la partie postérieure du rebord alvéolaire, s'étendant en dehors à quelques millimètres sur la joue, et en dedans presque jusqu'à la ligne médiane de la voûte palatine ; elle est dure, douloureuse au toucher et circonscrite par des bords saillants irréguliers. De sa surface suinte un liquide purulent, d'une odeur caractéristique. L'induration se continue assez loin en arrière et en bas. Extérieurement la joue est œdématiée ; le maxillaire sous-jacent ne paraît pas augmenté de volume.

Dans le courant du mois de mars, l'ulcération grandit ; la déglutition, gênée dès les premiers jours, devient de plus en plus difficile ; la langue est envahie, ainsi que le plancher buccal ; un engorgement sous-maxillaire bilatéral apparaît, et les ganglions carotidiens droits sont pris à leur tour.

Le malade succombe dans le marasme au mois d'avril.

Obs. XVI. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue et du plancher de la bouche. — Hybridité à forme cancéro-gommeuse. — Indolence complète* (personnelle).

Hortense D..., soixante-deux ans, couturière, entrée le 5 décembre 1882, service de M. Verneuil.

Aucun renseignement sur les parents. La malade a plusieurs enfants bien portants. Jamais elle n'a eu de maladie sérieuse, mais a souvent été atteinte d'angine et d'ulcérations au niveau des gencives ; à une époque ses cheveux ont tombé, des maux de tête l'ont tourmentée pendant quelque temps, enfin elle a eu des boutons sur les membres. Elle porte des traces évidentes de syphilis.

Au moment de son entrée à l'hôpital, elle était déjà malade depuis plusieurs mois. Au début. gêne de la déglutition et embarras

de la parole ; peu de temps après, une tumeur apparait dans la région sous-maxillaire droite.

En janvier 1883, l'ulcération néoplasique occupe le voile du palais, l'amygdale gauche, et le côté correspondant de la langue. elle est largement excavée, d'apparence gommeuse et recouverte d'une couche jaunâtre. La langue est fixée au plancher et ses mouvements sont limités au point d'empêcher la mastication. La déglutition se fait avec une grande difficulté. Parole nasonnée, à peine compréhensible. Les ganglions sous-maxillaires sont envahis des deux côtés et menacent de s'ulcérer à gauche.

Pendant cinq mois, *aucune douleur* ni dans la bouche, ni à la face ; la souffrance ne s'est montrée au commencement de janvier que sous l'influence de la compression ganglionnaire. A ce moment elle a envahi le côté gauche de la face, affectant la forme névralgique et sévissant avec intensité. Son apparition a coïncidé avec un accroissement très prononcé de l'engorgement ganglionnaire, qui comprimait sans doute les nerfs du plexus cervical superficiel.

Quelques jours d'un traitement à l'iodure de potassium ont suffi pour faire disparaître ces douleurs, mais l'ulcération cancéreuse s'est rapidement accrue.

En février la malade succombait dans le marasme.

C. Forme cancéro-scléro-gommeuse.

Dans cette variété complexe, aussi fréquente que les autres, on assiste à une lutte entre le cancer et la syphilis, se disputant points par points tout l'organe ; des deux diathèses, c'est à qui apportera au mal le plus fort contingent.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° Le cancer a envahi une région et n'est pas encore arrivé à la période d'ulcération ; à côté de la tumeur qu'il forme, on sent une infiltration gommeuse qui ne tarde pas à se ramollir et à s'ulcérer. Pendant cette évolution, le processus cancéreux fait également des progrès ; l'ulcération paraît à son tour et s'unissant à la première, prend l'aspect particulier à la troisième forme de la maladie.

2° L'épithélioma est déjà ulcéré sur une partie limitée de la langue, dont les régions voisines, envahies par la sclérose dermo-parenchymateuse, présentent quelquefois de petites ulcérations inflammatoires, et aussi des ulcérations plus larges et plus

profondes, ayant quelque analogie avec les ulcères gommeux. Il semble que sur cette sclérose se soient développées, dans le tissu sous-muqueux, des gommes de petit volume, dont l'ouverture produit des pertes de substance assez limitées à la face supérieure, ou plus rarement, à la face inférieure de l'organe.

D'après l'aspect de ces productions, l'élément cancéreux et l'élément syphilitique ne subissent pas toujours des modifications telles qu'on ne puisse faire la part de ce qui appartient à chacun d'eux et chercher à établir le diagnostic des lésions; mais que l'influence réciproque soit plus puissante, que les connexions morbides soient plus intimes, alors l'hybridité s'accuse davantage. L'ulcère cancéreux, avec quelques-uns de ses caractères de malignité, offre aussi l'apparence de la gomme ; dans son voisinage, le parenchyme lingual est transformé en sclérose, et laisse voir à sa surface des ulcérations gommeuses bien caractérisées.

Toutefois, chez quelques hybrides, ce n'est plus la diathèse syphilitique qui domine. A côté de l'ulcération cancéreuse, pure ou modifiée, on remarque bien, il est vrai, les lésions de la glossite parenchymateuse ; mais de plus on trouve une ou plusieurs ulcérations qu'il est impossible d'assimiler aux gommes. Elles ressemblent bien plus, si peu étendues qu'elles soient, à des ulcères malins. Il semble que, sur un fond syphilitique, il se soit développé plusieurs foyers cancéreux. Quelques-unes de nos observations en sont des exemples si évidents que le diagnostic peut être sûrement porté.

Engorgement ganglionnaire. — L'infection ganglionnaire survient, en général, à la deuxième période. Cette date est loin d'être fixe. mais il est rare de la voir plus tardive ; bien qu'on observe des cas d'engorgement longtemps après le début de l'ulcération, elle se montre assez rapidement, lorsque le mal a été soumis à des irritations diverses. Elle paraît le plus souvent du côté correspondant à la lésion, mais n'y reste pas localisée, et envahit tôt ou tard le côté opposé. Limité pendant un certain temps aux régions sous-maxillaires, l'engorgement ne tarde pas à occuper les régions parotidienne et carotidienne, fait d'une grande importance, puisqu'il contre-indique toute intervention chirurgicale. Notons parmi les accidents qu'il provoque certaines douleurs irradiées, dues à la compression des filets nerveux de la région, et non pas à la lésion ulcéreuse primitive.

Nous n'insisterons pas sur l'évolution de ces tumeurs ganglionnaires, sur lesquelles s'observent les trois formes de l'hybridité, si elles parviennent à la période d'ulcération ; mais nous devons

indiquer leur origine. Dans le cancer pur, l'élément inflammatoire est rarement invoqué comme cause de tuméfaction ganglionnaire, laquelle est imputable à l'infection; les tumeurs secondaires et la tumeur primitive sont de même nature.

Lorsqu'il y a association des deux maladies, l'une et l'autre prennent part à la production de l'hypertrophie ganglionnaire. Ce fait semble surprenant, si l'on s'en rapporte à l'opinion des auteurs, qui regardent comme rare l'adénopathie tertiaire. Assurément cet accident, tout en se produisant plus qu'on ne le croit, n'est pas très fréquent, en cas de syphilis seule; mais dans l'hybridité cancéro-syphilitique, comme d'ailleurs dans le scrofulate de syphilis, il n'est guère possible de nier la participation des deux maladies constitutionnelles, soit pour la région cervicale soit pour d'autres parties du corps, aisselle, aine, etc.

Dans l'hybridité de la cavité buccale, la syphilis agit en même temps que le cancer sur les ganglions sous-maxillaires et cervicaux, comme le prouve la diminution de la tuméfaction ganglionnaire sous l'influence du traitement spécifique.

Obs. XVII. — *Glossite scléreuse tertiaire. — Épithélioma de la langue. — Hybridité à forme cancéro-scléro-gommeuse. — Indolence complète. — Amélioration momentanée par l'iodure de potassium* (Communiquée par M. Verneuil).

En mai 1883, M. H... vint de province me consulter pour une tumeur, primitivement développée sur le bord droit de la langue, et qui avait fini par en occuper plus de la moitié.

Le mal, qui avait débuté plusieurs mois auparavant, ne déterminait pour ainsi dire aucune douleur. M. H... s'en était seulement préoccupé quand la déglutition et l'articulation des sons avaient commencé à devenir difficiles.

Voici ce que je constatai : langue considérablement tuméfiée; son centre est occupé par une induration du volume d'une noix. Sa surface présente des aspects très divers. Sur le dos, hypertrophie assez marquée des papilles, avec deux excavations dans lesquelles on pourrait loger un gros pois. Sur le bord droit, ulcération superficielle, n'offrant pas le mauvais aspect du cancroïde ulcéré. Sur la face inférieure, deux collections sous-muqueuses, d'un blanc jaunâtre, prêtes à s'ouvrir. A la pointe, induration du derme avec aspect vernissé de la muqueuse et ulcérations très superficielles comme dans la glossite scléreuse tertiaire. Point d'hémorrhagies, point de douleurs lancinantes; sensation de gêne et de plénitude

dans la bouche. Salivation considérable. Langage à peine compréhensible.

Les ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens sont indurés et forment un chapelet sous la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

A diverses reprises, on avait administré de petites doses d'iodure de potassium, qui avaient été bien tolérées.

M. H... avait quarante-cinq ans; il était de haute taille, de forte constitution et doué d'un embonpoint considérable; il avait eu quelques affections vénériennes légères, mais croyait bien n'avoir pas contracté la syphilis.

Les avis des médecins étaient un peu différents. Les uns croyaient au cancer de la langue; les autres inclinaient vers la glossite tertiaire. Un chirurgien de Paris avait conseillé d'opérer le plus vite possible. Les confrères de province n'étaient guère de cet avis; considérant la gravité de l'opération et les chances assurées de récidive prochaine, s'il s'agissait réellement d'un cancer, ils voulaient essayer encore le traitement spécifique. J'étais appelé à trancher le litige.

Je reconnus sans peine l'existence d'un hybride. L'indolence, la multiplicité des aspects et la pluralité des foyers d'ulcération montraient la participation de la syphilis ; l'induration étendue, l'hypertrophie papillaire de la face dorsale et surtout l'engorgement des ganglions cervicaux, indiquaient clairement l'existence de l'épithélioma. Ainsi s'aplanissaient par cette troisième opinion les dissidences entre les médecins de province, dont l'un fort distingué d'ailleurs, sans nier la nature maligne de la tumeur, disait « n'avoir pas rencontré un cancroïde lingual de cette espèce ».

En ce qui concernait le traitement, je conseillai d'ajourner l'opération, qui me paraissait à peine praticable, à cause de l'extrême embonpoint du patient, qui de plus était fort dangereuse, et que l'absence de douleurs rendait d'autant moins urgente. Je recommandai de reprendre le traitement spécifique par le protoiodure d'hydrargyre et l'iodure de potassium, sachant bien qu'il ne procurerait pas une guérison impossible, mais espérant qu'il agirait sur la partie syphilitique de la tumeur, si je puis m'exprimer de la sorte.

Lorsque M. H... revint au bout de quelques semaines, il me manifesta toute sa reconnaissance sur le soulagement qu'il avait éprouvé. La langue avait un peu diminué de volume, les mouvements en étaient plus libres; aussi la parole était plus claire et la déglutition plus facile; l'indolence était plus complète que jamais. Par malheur, les caractères de l'épithélioma étaient aussi évidents,

ce qui ne me surprit nullement, mais ne me fit pas changer d'opinion à l'égard de la conduite à suivre.

Dans ce dernier voyage à Paris, M. H... avait consulté encore deux ou trois médecins, qui avaient conseillé l'opération prompte. Un jeune docteur prit même la peine de m'écrire une longue épître pour me dire que je devais me garder de croire à l'amélioration annoncée par le patient, que c'était bien à un épithélioma qu'on avait affaire et non à une tumeur gommeuse, le microscope ayant montré que la matière blanche sortant par pression des excavations dont j'ai parlé plus haut, était essentiellement formée de gros globes d'épithélium stratifié.

J'étais aussi convaincu que possible de tout cela et j'exposai à une personne sûre de la famille les motifs pour lesquels je repoussais l'opération. Cependant je constituai avec un des médecins ordinaires une bien petite minorité, car tout le monde (le malade excepté) désirait vivement l'intervention chirurgicale. Je formulai alors officiellement mon *veto* dans une lettre écrite à l'un des trois médecins de province, déclarant me laver les mains à la manière de Pilate.

M. H... fut opéré dans les derniers jours de juin. L'ablation dut comprendre toute la langue ; menée à bien, grâce à la grande habileté du chirurgien, elle fut extrêmement laborieuse et le malade mourut environ quarante heures après.

Obs. XVIII. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue. — Hybridité à forme cancéro-scléro-gommeuse. — Indolence complète. — Traitement ioduré sans résultat* (Communiquée par M. Verneuil).

En janvier 1883, M. X..., quarante-huit ans, d'une constitution robuste, vient me consulter pour une tumeur de la langue.

Le mal, dont le début remonte à six mois, occupe la totalité de l'organe, mais présente un aspect différent suivant qu'on examine sa moitié antérieure ou sa moitié postérieure. En arrière, la langue, volumineuse, a l'aspect scléreux de la glossite tertiaire. En avant existe une large ulcération boursouflée, dont la partie centrale, creuse et recouverte de détritus purulents, offre quelque analogie avec le cratère des gommes.

Des deux côtés, engorgement et induration des ganglions sous-maxillaires, qui forment chapelet à droite ; les ganglions carotidiens sont également envahis. Aucune douleur ni dans la bouche, ni dans les régons ganglionnaires.

Le traitement ioduré a été institué pendant quelque temps sans aucun résultat.

Obs. XIX. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue et du plancher de la bouche. — Hybridité à forme cancéro-scléro-gommeuse. — Indolence complète* (Personnelle.)

Lambert B.., cinquante-quatre ans, tourneur, entre le 10 juillet 1883 à la Pitié, service de M. Verneuil.

Aucun antécédent héréditaire. Père et mère morts de vieillesse. Plusieurs frères et sœurs bien portants. Dans l'enfance, différents accidents de strume : adénite, conjonctivite, et croûtes dans les cheveux ; aujourd'hui, à la région sus-hyoïdienne médiane et sur la joue gauche, cicatrices blanchâtres, nettement scrofuleuses.

A dix-neuf ans, fièvre typhoïde; quelques années après, chancre induré, dont la trace est encore visible sur la verge; angine, plaques muqueuses buccales et linguales et syphilide papuleuse apparaissent dans l'année suivante. Traitement par des pilules, continué pendant cinq mois. Dans les vingt-cinq ans qui suivent, aucun accident ne se montre. Le malade, jusqu'à ces derniers temps, a toujours fumé la pipe à court tuyau.

Il y a trois ans et demi, après quelques jours de légères douleurs ou plutôt de cuisson dans la bouche, le malade constate l'apparition d'une petite plaque blanchâtre, située sur la face inférieure de la langue, au-dessous du bord droit, à 3 centimètres de la pointe. Cette plaque, nullement douloureuse à la pression, peu saillante, était dure au toucher. Une quinzaine de jours après le début, elle disparaissait complètement sans aucun traitement.

Depuis deux années, la même affection est revenue toujours dans le même endroit, et comme elle n'occasionnait ni gêne ni douleurs, le malade n'y faisait aucune attention ; elle disparaissait sans qu'il s'en occupât.

En janvier 1883, gêne de la mastication, et apparition sur le bord droit de la langue d'une grosseur, qui atteint en deux mois le volume d'une forte aveline, et, qui, exempte de douleurs spontanées, est sensible à la pression. Elle s'accroît, fait de plus en plus saillie sur la face dorsale de l'organe et s'ouvre spontanément en laissant écouler une humeur épaisse.

L'ulcération progresse en étendue et en profondeur; à plusieurs reprises elle donne lieu à des hémorrhagies et à de petits élancements; la mastication surtout est fort gênée.

Peu après l'apparition de la tumeur linguale, un ganglion sus-

hyoïdien s'engorge du même côté et chaque jour augmente de volume. Pareil accident du côté gauche depuis un mois.

État actuel. — L..., de constitution chétive, à physionomie pâle, amaigrie, porte plus que son âge réel. Depuis plusieurs mois ses forces ont diminué; abattement et perte de l'appétit.

Augmentation du volume de la langue. En arrière, elle n'offre aucune autre altération, elle est souple, molle; muqueuse intacte; en avant elle présente différents aspects. Toute la moitié gauche jusqu'à la pointe est le siège d'une induration qui triple au moins son volume normal. Cette induration, recouverte de la muqueuse non ulcérée, comprend toute l'épaisseur de l'organe et simule une tumeur arrondie, qui se serait développée dans son centre même: très ferme, très dure au niveau de la pointe, elle offre moins de consistance à mesure qu'on s'en éloigne et semble se perdre, en s'aplatissant, en arrière.

Sur la moitié droite, à un centimètre de la pointe, existe une excavation arrondie, capable de loger une aveline; s'avançant d'un côté jusqu'au bord et de l'autre jusqu'à la ligne médiane, elle est circonscrite par des bords indurés, saillants, mamelonnés, rougeâtres, dont le droit se renverse en dedans, et le gauche en dehors. Le fond est tapissé par une couche grisâtre qu'on enlève facilement, laissant à nu un tissu pâle et dur. De la partie antérieure de l'excavation part une fissure profonde, rougeâtre, douloureuse au toucher, et qui va jusqu'à un demi-centimètre de la pointe. Entre elle et le bord de la langue on voit de petites ulcérations, remplies d'un magma blanchâtre constitué par des globes épithéliaux.

Sur la face inférieure existe une fissure également très profonde, très sensible à la pression, qui part de la pointe et se dirige en arrière, creusée aux dépens de tissus indurés. Au même niveau, sur le plancher, ulcération bourgeonnante de 2 centimètres, reposant sur un fond dur.

L'excavation sécrète un liquide jaunâtre, légèrement odorant, qui se mêle à la salive, dont la sécrétion est très augmentée.

A droite et à gauche, masse ganglionnaire du volume d'une grosse noix, adhérente au maxillaire inférieur. A droite, quelques ganglions carotidiens supérieurs engorgés.

Le malade ressent quelques petits élancements, mais pas de douleurs véritables dans la langue, ni dans les ganglions. Pas d'irradiations du côté de la face, ni de l'oreille. Cependant les mouvements de la langue sont notablement gênés et douloureux, d'où grande difficulté de la mastication et altération de la phonation.

L'extension de la maladie aux régions linguale, buccale, sous-maxillaire et carotidienne contre-indique toute opération. La syphilis ayant existé, on prescrit 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour et une pommade à l'extrait de ciguë sur la région cervicale.

27 juillet. — Pas de changement. Depuis deux jours le malade se plaint de douleurs dans la région sous-maxillaire droite.

15 août. — Légère amélioration ; le volume de la langue a un peu diminué, ses mouvements s'accomplissent plus facilement. L'induration, moins considérable et mieux limitée, a surtout diminué dans la moitié gauche, là où l'organe présentait primitivement l'aspect scléreux. L'ulcération est moins large et ses bords sont affaissés. Les douleurs sous-maxillaires perçues pendant plusieurs jours ont disparu.

2 septembre. — Pas de changement dans l'état local, ni dans l'état général, qui se maintient assez bon. Exeat.

25 septembre. — Depuis la sortie, deux hémorrhagies, peu abondantes, venant de la surface de l'ulcération ; élancements dans la bouche et douleurs intermittentes se dirigeant vers les oreilles. L'ulcération a gagné en profondeur et s'est élargie ; le fond est tapissé par une couche gris jaunâtre ; la moitié gauche de la langue reste indurée et l'organe en totalité plus volumineux semble atteint d'œdème diffus. Les forces diminuent ; l'appétit languit et le malade maigrit.

Ces changements du côté de l'ulcère et le retour des douleurs coïncident avec la suppression du traitement depuis dix jours, aussi reprend-on l'iodure de potassium.

15 novembre. — Sous son influence, les douleurs ont de nouveau disparu et la langue, diminuée de volume, a recouvré un peu de sa mobilité ; l'ulcération présente le même aspect que le mois dernier ; la marche du mal est toujours lente.

Tels sont les signes physiques des différentes formes de la maladie, lorsqu'elle siège à la langue. Nous nous sommes efforcé de décrire d'après nos observations des types bien tranchés, mais la distinction n'est pas toujours aussi nette et l'on peut voir des intermédiaires. Pareille remarque s'applique aux hybrides qui occupent, dans la cavité buccale, une autre région que la langue.

Lorsque, primitivement, la maladie se développe sur l'amygdale, la joue, les lèvres, elle prend des aspects différents, suivant la part apportée par l'une ou l'autre diathèse. Tantôt l'apparence gommeuse,

hyoïdien s'engorge du même côté et … à l'amygdale par
volume. Pareil accident du côté gauch… ; parfois les lèvres

État actuel. — L..., de cons… rme cancéro-scléro-
pâle, amaigrie, porte plus que se…
ses forces ont diminué; abatte…

Augmentation du volume … ONNELS.
aucune autre altération, e…
en avant elle présente …
jusqu'à la pointe est … idité cancéro-syphilitique s'accuse par
son volume norma… culiers et revêt un cachet emprunté aux deux
non ulcérée, com… ure des troubles fonctionnels caractéristiques.
tumeur arron… ière période, ces troubles sont peu prononcés, et
très ferme, … lieu de s'en étonner, si l'on songe qu'il en est ainsi
consistan… une des diathèses prises séparément. Assez communément,
en s'ap… s existent déjà depuis quelque temps sans provoquer
Su… désordre. Soit que le malade considère son mal comme une
va… de lésions syphilitiques antérieures et qu'il ait recours au
traitement spécifique, soit qu'il regarde comme sans importance la crevasse, la fissure, la verrue, reposant sur un fond induré, et qu'il n'ait fait qu'un traitement insignifiant, il ne commence réellement à s'en préoccuper que le jour où une entrave survient aux fonctions de la langue.

Une sensation de plénitude buccale, une gêne légère des mouvements de l'organe, ayant pour premier résultat une altération de la phonation, et exposant à quelques morsures, sont, dans la majorité des cas, les seuls accidents que l'on ait à remarquer. Il faut cependant faire une exception pour ces hybrides où une sclérose profonde, de jour en jour plus développée, est insensiblement envahie par une tumeur cancéreuse; en pareil cas, les symptômes de l'hyperplasie existent depuis une époque variable.

A la deuxième période, époque de l'ulcération, on constate non pas un ensemble de signes bien tranchés, capables à eux seuls de faire porter le diagnostic, mais plutôt une diminution des troubles que l'une ou l'autre des diathèses déterminerait, si elle existait seule.

Lorsque la langue a acquis un certain volume, dû à la sclérose et à l'infiltration néoplasique, elle accomplit difficilement ses mouvements; la mastication, la phonation et la déglutition sont notablement gênées. Néanmoins une augmentation assez considérable de l'organe n'entrave pas absolument sa mobilité, et, en tout cas, le fait moins que lorsque le cancer seul est en jeu. D'ailleurs, ces

...trent véritablement que lorsque le néoplasme
...er de la bouche et la base de l'organe, créant
...velle cause d'immobilité.

...de, il est rare de voir *la sécrétion*
...à peine sanieux, qui s'écoule des sur-
...ns l'hybridité cancéro-gommeuse,
...es produits épais et pseudo-mem-

...nt également rares et consistent plutôt en
...ne qu'en un véritable écoulement.

...*alée* est moins forte que dans le cancer pur, et il
...onnel de noter la fétidité.

...s il est un symptôme fonctionnel qui subit plus que les autres une modification constante, et éprouve une telle diminution, qu'il fait le plus souvent défaut, c'est la *douleur*. Les auteurs sont unamimes à proclamer que le cancer doit être rangé dans la classe des maladies douloureuses par excellence, et que celui de la cavité buccale en particulier tient sous ce rapport un des premiers rangs ; or, s'il ne provoque aucune sensation pénible à son début, il en est tout autrement dans les deux dernières périodes.

Lorsque dans un épithélioma buccal simple la douleur apparaît, elle présente des variétés qui dépendent des différences de durée, d'étendue et d'intensité.

Tantôt elle est fixe et siège exclusivement dans la région malade, sans aucune irradiation, voisine ou éloignée. D'autres fois elle est mobile, étant perçue soit au niveau de la langue, soit dans un point voisin de la même région.

Comme dans la plupart des névralgies, elle peut être continue ou intermittente. Dans le premier cas, elle est plus ou moins vivement ressentie, constituant chez l'un une sensation sourde, énervante, chez l'autre une tension très pénible. Mais cette permanence n'est pas la règle, et c'est au contraire le caractère d'intermittence que l'on observe le plus souvent. Mêmes variétés dans l'intensité : chaque malade a un langage propre pour traduire ses sensations; cependant certaines expressions reviennent constamment, la douleur étant dite pongitive, lancinante, rongeante, dilacérante, térébrante, etc.

Il n'est peut-être aucune région du corps où les phénomènes douloureux soient plus intenses et plus variés que dans la cavité buccale. Qu'ils restent localisés à l'organe envahi ou s'étendent à la face, à la région cervicale ou vers les oreilles, ils constituent

la forme cancéro-gommeuse, prédomine, comme à l'amygdale par exemple ; tantôt la sclérose l'emporte sur le cancer ; parfois les lèvres offrent de véritables types de la troisième forme cancéro-scléro-gommeuse.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

En même temps que l'hybridité cancéro-syphilitique s'accuse par des signes physiques particuliers et revêt un cachet emprunté aux deux diathèses, elle engendre des troubles fonctionnels caractéristiques.

Dans la première période, ces troubles sont peu prononcés, et l'on n'a pas lieu de s'en étonner, si l'on songe qu'il en est ainsi pour chacune des diathèses prises séparément. Assez communément, les lésions existent déjà depuis quelque temps sans provoquer aucun désordre. Soit que le malade considère son mal comme une suite de lésions syphilitiques antérieures et qu'il ait recours au traitement spécifique, soit qu'il regarde comme sans importance la crevasse, la fissure, la verrue, reposant sur un fond induré, et qu'il n'ait fait qu'un traitement insignifiant, il ne commence réellement à s'en préoccuper que le jour où une entrave survient aux fonctions de la langue.

Une sensation de plénitude buccale, une gêne légère des mouvements de l'organe, ayant pour premier résultat une altération de la phonation, et exposant à quelques morsures, sont, dans la majorité des cas, les seuls accidents que l'on ait à remarquer. Il faut cependant faire une exception pour ces hybrides où une sclérose profonde, de jour en jour plus développée, est insensiblement envahie par une tumeur cancéreuse ; en pareil cas, les symptômes de l'hyperplasie existent depuis une époque variable.

A la deuxième période, époque de l'ulcération, on constate non pas un ensemble de signes bien tranchés, capables à eux seuls de faire porter le diagnostic, mais plutôt une diminution des troubles que l'une ou l'autre des diathèses déterminerait, si elle existait seule.

Lorsque la langue a acquis un certain volume, dû à la sclérose et à l'infiltration néoplasique, elle accomplit difficilement ses mouvements ; la mastication, la phonation et la déglutition sont notablement gênées. Néanmoins une augmentation assez considérable de l'organe n'entrave pas absolument sa mobilité, et, en tout cas, le fait moins que lorsque le cancer seul est en jeu. D'ailleurs, ces

roubles ne se montrent véritablement que lorsque le néoplasme s'étend vers le plancher de la bouche et la base de l'organe, créant ainsi des adhérences, nouvelle cause d'immobilité.

Dans cette même période, il est rare de voir *la sécrétion salivaire exagérée;* le liquide à peine sanieux, qui s'écoule des surfaces ulcérées, n'existe guère dans l'hybridité cancéro-gommeuse, remarquable au contraire par ses produits épais et pseudo-membraneux.

Les *hémorrhagies* sont également rares et consistent plutôt en un suintement minime qu'en un véritable écoulement.

L'*odeur exhalée* est moins forte que dans le cancer pur, et il est exceptionnel de noter la fétidité.

Mais il est un symptôme fonctionnel qui subit plus que les autres une modification constante, et éprouve une telle diminution, qu'il fait le plus souvent défaut, c'est la *douleur*. Les auteurs sont unamimes à proclamer que le cancer doit être rangé dans la classe des maladies douloureuses par excellence, et que celui de la cavité buccale en particulier tient sous ce rapport un des premiers rangs ; or, s'il ne provoque aucune sensation pénible à son début, il en est tout autrement dans les deux dernières périodes.

Lorsque dans un épithélioma buccal simple la douleur apparaît, elle présente des variétés qui dépendent des différences de durée, d'étendue et d'intensité.

Tantôt elle est fixe et siège exclusivement dans la région malade, sans aucune irradiation, voisine ou éloignée. D'autres fois elle est mobile, étant perçue soit au niveau de la langue, soit dans un point voisin de la même région.

Comme dans la plupart des névralgies, elle peut être continue ou intermittente. Dans le premier cas, elle est plus ou moins vivement ressentie, constituant chez l'un une sensation sourde, énervante, chez l'autre une tension très pénible. Mais cette permanence n'est pas la règle, et c'est au contraire le caractère d'intermittence que l'on observe le plus souvent. Mêmes variétés dans l'intensité : chaque malade a un langage propre pour traduire ses sensations; cependant certaines expressions reviennent constamment, la douleur étant dite pongitive, lancinante, rongeante, dilacérante, térébrante, etc.

Il n'est peut-être aucune région du corps où les phénomènes douloureux soient plus intenses et plus variés que dans la cavité buccale. Qu'ils restent localisés à l'organe envahi ou s'étendent à la face, à la région cervicale ou vers les oreilles, ils constituent

l'un des symptômes les plus pénibles et les plus constants du cancer épithélial de la bouche. Mais cette donnée cesse d'être vraie, lorsque le cancer est associé à la syphilis, et si nous ne pouvons pas affirmer qu'il en soit de même dans toutes les régions, du moins, pour l'épithélioma buccal chez les syphiliques, le doute ne paraît guère possible.

Les malades que nous avons observés, atteints de syphilis plus ou moins ancienne et d'épithélioma de la langue ou du plancher de la bouche, ont presque tous offert une absence complète de douleurs. Dans la plupart des cas, l'épithélioma était pourtant arrivé à une période déjà avancée; l'ulcération, large, profonde, avait gagné les parties voisines du lieu primitivement affecté, et cependant il y avait indolence absolue. Quelques-uns seulement se plaignaient de temps en temps de petits élancements ou d'une sensation de cuisson au moment du passage des aliments sur les surfaces ulcérées.

En est-il toujours ainsi dans l'hybridité de ce genre? Nous sommes autorisés à le supposer, car nous n'avons fait aucun triage parmi les faits venus à nous et nous avons recueilli toutes les observations où la combinaison était évidente; or, si la douleur est notée dans quelques-unes d'entre elles, elle pouvait être attribuée à une simple compression des nerfs produite par l'engorgement ganglionnaire.

Cependant, dans quelques cas, cette cause ne peut être alléguée: la compression n'existe pas et pourtant la maladie n'est pas exempte de douleurs. Le cancer ne serait donc pas indolent chez tous les syphilitiques? L'action atténuante de la syphilis ne s'exercerait donc pas d'une façon constante? La lecture attentive des observations où la douleur est notée, fournit une réponse satisfaisante et démontre que le cancer par lui-même, chez les malades en puissance de syphilis, est toujours indolent; quand il y a douleur, elle doit être imputée à la syphilis; si l'action de cette dernière est éteinte, ce n'est plus un hybride que l'on a sous les yeux, c'est un cancéreux pur, chez lequel la diathèse syphilitique, autrefois en vigueur, ne joue plus actuellement aucun rôle.

Comme preuve de l'influence que possède le virus vénérien sur les manifestations douloureuses de l'autre diathèse, nous n'avons qu'à rappeler les résultats du traitement ioduré, qui fait disparaître les phénomènes de sensibilité morbide. C'est ce qu'on a constaté chez plusieurs de nos malades se plaignant de ressentir des élancements et des douleurs assez vives et irradiées et qu'on a soumis au traitement. Survenue en moins de huit jours, l'amélioration continua dans la suite et la douleur s'éteignit entièrement.

On doit voir dans ces résultats l'influence de la diathèse syphilitique, car si l'on donne (et l'expérience en est faite toutes les fois qu'il y a doute) du mercure ou de l'iodure de potassium à un cancéreux ordinaire, on sait que les douleurs persistent, augmentent même et que la maladie progresse. Mais que le même traitement soit appliqué à un cancéreux, qui subit encore l'action du virus vénérien, le contraire a lieu et la douleur va disparaître.

Loin de nous être contraires, ces faits plaident en notre faveur, car si on nous objecte que le traitement dans certains cas n'a été suivi d'aucun effet et que les douleurs ont persisté, nous répondrons que la syphilis, contractée à une époque éloignée, a été et est restée guérie, et qu'actuellement le carcinome seul est en jeu.

MARCHE.

La marche de l'hybridité cancéro-syphilitique varie avec l'âge du sujet, le siège de l'affection, la nature intime du cancer, les traitements irritants et intempestifs appliqués au début. Néanmoins, si aucune médication n'a été mise en usage, si l'on abandonne le mal à lui-même, un jour vient où les manifestations syphilitiques sont pour ainsi dire étouffées par le cancer qui prend le dessus et devient maître du terrain; c'est alors qu'on assiste à la période plus ou moins courte qui répond à la phase ultime du cancer, avec ses aspects variés. Mais, avant d'en arriver là, l'hybridité offre-t-elle dans son évolution quelques particularités dépendant de ses deux éléments? en d'autres termes, quelles sont, au point de vue de la marche, les relations des deux états constitutionnels, et quelle influence exercent les unes sur les autres les manifestations de chacun d'eux?

Ces relations et influences nous ayant paru identiques, quel que soit le siège de la localisation, nous n'en ferons pas l'examen à propos du cancer buccal ; nous en traiterons plus loin, après avoir passé en revue le cancer dans les différentes régions.

DIAGNOSTIC.

Si l'on n'éprouve, en général, aucune difficulté pour reconnaître les tumeurs cancéreuses de la cavité buccale, et de la langue en particulier, s'il est presque toujours aisé de diagnostiquer une sclérose

linguale syphilitique, on doit avouer que la coïncidence des deux diathèses est une cause d'obscurité pour le diagnostic.

Aussi, quand un malade consulte pour une tuméfaction indurée de la langue, avec ou sans ulcération, le problème comprend la solution des trois points suivants :

1° Quelle est la nature de la tumeur?

2° S'il y a ulcération, est-elle simple, ou bi-diathésique?

3° Dans ce dernier cas, quelle est la forme de l'hybridité?

Tumeurs sans ulcérations. — Le diagnostic des tumeurs chroniques de la langue présente fréquemment de sérieuses difficultés; ce n'est qu'en s'appuyant sur l'état du malade et les phénomènes qui ont précédé et qui accompagnent l'évolution actuelle de la maladie, que l'on parvient à formuler un diagnostic sinon toujours certain, au moins très probable. C'est ainsi qu'on reconnaît les tumeurs vasculaires, les kystes, les lipomes, les fibromes, les scléroses syphilitiques, tumeurs qu'il n'est pas commun de confondre avec le début d'une induration cancéreuse.

Des deux formes d'hyperplasie qui atteignent la langue, l'une, la scléreuse, prête rarement à l'hésitation. La diffusion et la sensation spéciale que donne l'induration, la présence de fissures plus ou moins profondes, l'aspect général de la langue, sont suffisants pour établir le diagnostic. Tel n'est pas toujours le cas pour la glossite gommeuse dans sa période de crudité. Des symptômes communs légitiment en partie les erreurs commises. En cas de doute, on doit avoir recours au traitement spécifique, qui amène la guérison quand la syphilis est seule en cause.

Si la langue renferme plusieurs tumeurs, on est porté à penser aux gommes, car les lésions syphilitiques sont beaucoup plus souvent multiples que les manifestations cancéreuses; cependant « le cancroïde lingual n'est pas toujours azygos », comme l'a dit Ricord, et il n'est pas sans exemple que le cancer se soit développé à la fois et indépendamment dans les deux moitiés de la langue, ainsi que l'ont affirmé MM. T. Anger, Fournier, Vidal, Trélat.

En voici un nouvel exemple.

Obs XX (Résumée). — *Syphilis antérieure. — Deux tumeurs cancéreuses de la langue. — Ablation partielle de l'organe. — Récidive ganglionnaire*[1].

X... — Un parent mort de cancer. Pas de maladies anté-

1. J. Hutchinson, *Med. Times and Gaz.*, 1875, t. Ier, p. 50. — Cette observation

rieures, sauf à plusieurs reprises des ulcérations linguales de cause inconnue. Depuis quelque temps, plaques blanchâtres sur le face dorsale de la langue, et actuellement, outre ces plaques, deux petites tumeurs situées de chaque côté de la ligne médiane.

Ablation de la moitié antérieure de la langue. Épithélioma confirmé par l'examen microscopique. Six mois après l'opération, récidive dans les ganglions du cou.

En rappelant que l'intérêt de ce cas repose sur ce qu'il offre deux foyers distincts de cancer épithélial, le Dr Hutchinson, en raison des petites ulcérations linguales qu'avait présentées le malade, pense qu'il avait peut-être contracté autrefois la syphilis, et ajoute que souvent il a vu le cancer apparaître à la suite de lésions syphilitiques.

Tumeur avec ulcérations. — La difficulté du diagnostic existe principalement lorsqu'il y a tumeur ulcérée, laquelle peut être uni- ou bi-diathésique.

Nous passons sous silence les ulcérations entées sur les hypertrophies linguales, les fibromes, les lipomes. Épiphénomènes de la maladie première, dont le diagnostic est déjà porté, elles rentrent dans le groupe des ulcérations simples, ordinairement faciles à reconnaître.

Trois diathèses, la tuberculose, la syphilis et le cancer peuvent donner naissance à des ulcères, à physionomie particulière pour chacune d'elles.

Les *ulcérations tuberculeuses*, dans la majorité des cas, n'intéressent que la couche superficielle de la langue et ne s'accompagnent d'aucune tuméfaction; mais parfois, elles siègent sur des tissus hypertrophiés et peuvent alors donner le change sur la véritable nature de l'affection.

C'est ordinairement au début qu'on observe l'hypertrophie des papilles, et une tuméfaction dure de la langue. Puis, dans un point limité apparaît une ulcération sous forme de fissure linéaire qui, après un temps variable, s'élargit, devient irrégulière, à bords déchiquetés, à fond grisâtre et recouvert de détritus sphacélés, gris ou bruns (Féréol).

« Ces ulcérations, dit encore M. Duplay [1], affectent parfois une

'a pas grande valeur; il s'agit sans doute de papillomes multiples sur une langue psoriasique, cas fort commun. (A. V.)

forme nette et arrondie; dans d'autres cas, leurs bords sont irréguliers, à peine saillants et boursouflés, d'un rouge vif, mais jamais décollés, ni taillés à pic. L'ulcération, en général peu profonde, présente une surface lisse, rosée, avec quelques bourgeons de la grosseur d'un grain de millet; lorsqu'elle est plus profonde, elle offre une coloration grisâtre avec des teintes jaunâtres, et est légèrement anfractueuse; l'ensemble *de la lésion repose sur une base un peu dure*. Tout autour de l'ulcération, la muqueuse linguale, rouge, gonflée, présente dans une assez grande étendue un véritable semis de petits points ou de plaques jaunâtres. M. Trélat considère ces points comme caractéristiques de toute ulcération tuberculeuse, et en fait un signe pathognomonique. »

Lorsque ces caractères sont aussi accusés, qu'il existe ou non d'autres manifestations tuberculeuses, le diagnostic est certain; mais il n'en est pas toujours de même, et, suivant M. Fournier, plus d'une fois on a peine à distinguer les ulcérations de celles qui appartiennent à la syphilis. Il faut alors s'adresser au traitement ioduré, auquel la glossite tuberculeuse est rebelle.

Obs. XXI. — *Ulcérations tuberculeuses de la langue avec induration. — Diagnostic difficile. — Tuberculose pulmonaire* (Communiquée par M. Prengrueber).

M..., sans antécédents pathologiques, constate il y a deux ans à la partie moyenne de la face dorsale de la langue, une tuméfaction qui devient bientôt douloureuse et s'ulcère. Traitée par le malade lui-même, elle guérit six mois après, mais se reproduit vers le mois de décembre dernier et disparaît dans le courant d'avril. Vers cette même époque apparaît sur le bord droit de la langue une troisième ulcération, qui suit la marche des précédentes.

Il y a cinq mois, nouvelle ulcération sur le bord gauche; la cicatrisation se faisant attendre, M... consulte M. Verneuil en janvier 1885; alors on note sur le dos de la langue une série de sillons irréguliers et de mamelons, traces des deux premières ulcérations. Sur le bord droit, cicatrice superficielle, régulière, peu profonde, mais cependant très nette, stigmate de l'ulcération antérieure.

Sur le côté gauche, ulcération à fond plat, grisâtre, presque de niveau avec les parties voisines, à bords réguliers et faisant corps avec les tissus voisins : elle repose sur une tumeur dure, résistante.

1. Duplay, *Traité de path. ext.*, t. IV.

dont il est impossible de préciser les limites, et qui occupe environ le quart antérieur de la moitié gauche de la langue.

Le pourtour de l'ulcération et la pointe de langue présentent une coloration rouge vif et sont œdématiés; ils ont un aspect crénelé, produit par la pression des dents. Çà et là on note encore quelques exulcérations blanchâtres. En un mot, au pourtour de l'ulcère, on trouve des signes d'une inflammation de la muqueuse. L'aspect général de la langue rappelle celui de certaines glossites scléreuses, compliquées d'ulcérations. Les mouvements de l'organe sont libres et à peine douloureux, et le malade n'accuse aucune souffrance spontanée. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Depuis plusieurs mois, amaigrissement, perte des forces et signes d'une tuberculose pulmonaire passant au deuxième degré.

Pas de traces manifestes de syphilis.

Ulcérations syphilitiques. — Si l'on ne s'occupait que de tumeurs ulcérées au sens littéral du mot, ces ulcérations ne devraient point trouver place ici; mais quelques-unes d'entre elles, comme le chancre et la gomme, tiennent une place si importante parmi les lésions linguales susceptibles de s'ulcérer, que l'on ne peut les passer sous silence. Il arrive rarement au clinicien attentif de confondre le chancre avec le cancroïde; on reconnait en effet le premier au siège et à la forme de l'ulcération, qui est arrondie, superficielle, à bords saillants, indurés, taillés à pic et à fond grisâtre; l'engorgement ganglionnaire et l'apparition des accidents secondaires complètent le tableau.

L'ulcération gommeuse, de son côté, s'accuse en général par des caractères assez nettement tranchés, « de forme et d'étendue variables, elle est remarquablement creuse, encadrée par une aréole dure et rouge, à bords nettement taillés et à fond bourbillonneux[1] ».

S'il en était toujours ainsi, il n'y aurait pas d'incertitude. Mais plus d'une fois ces ulcères gommeux, mal caractérisés, ont été pris pour des ulcères cancéreux, et traités par l'opération sanglante. Ce sont ces faux cancers dont on a proclamé la guérison, que l'on aurait obtenue sans intervention chirurgicale, avec le traitement des accidents tertiaires.

Pourtant l'on doit être prévenu que ce traitement n'est pas toujours efficace, ce qui conduit, sans qu'on puisse accuser l'opérateur, à faire l'ablation de tumeurs gommeuses, dont la nature est

1. Fournier, *Des glossites tertiaires*, 1877.

révélée plus tard par l'apparition de quelques accidents tertiaires.

Les observations suivantes prouvent ces difficultés de diagnostic.

Quant aux ulcérations qui accompagnent la glossite scléreuse, sauf peut-être celles qui siègent dans le fond des fissures, elles sont ordinairement de nature inflammatoire et ne permettent guère l'hésitation.

Obs. XXII. — *Gomme de la langue.* — *Diagnostic difficile.* — *Traitement spécifique.* — *Guérison* [1].

Femme, cinquante-sept ans, entre dans le service de M. Erichsen, à University College Hospital, en novembre 1869, pour une tumeur indolente, du volume d'une noix muscade, solidement enclavée dans le tissu musculaire de la langue, à gauche de la ligne médiane. A cause de l'âge avancé de la malade, M. Erichsen pense à une affection maligne, mais en trouvant la pointe et les bords de la langue entièrement libres, alors que ces parties sont ordinairement envahies dans les cas de squirrhe ou d'épithélioma, il admet une autre origine. Une ulcération serpigineuse du menton fait soupçonner la syphilis tertiaire et croire que cette tumeur pourrait être un dépôt gommeux consécutif à une infection ancienne. En conséquence, une mixture contenant 1/16 de grain de bichlorure de mercure et un drachme de teinture de quinine, fut administrée trois fois par jour.

Le diagnostic fut bientôt confirmé par une décroissance rapide de la tumeur, qu'on pouvait à peine sentir dix jours après, par une amélioration de la santé générale, et aussi par la découverte sur le cuir chevelu d'une croûte sèche et sale, recouvrant une partie nécrosée et dénudée des os du crâne.

Obs. XXIII (résumée). — *Glossite tertiaire, traitée d'abord comme cancéreuse.* — *Traitement spécifique.* — *Guérison* [2].

Jean B... entre le 12 juin 1865, dans le service de M. Nunn, à Middlessex Hospital, pour de profondes fissures syphilitiques siégeant le long des deux bords de la langue. Il a été traité pendant dix-huit mois à l'hôpital des cancéreux, se croyant lui-même atteint de cancer. Dans ce cas la maladie fut très rebelle, et le malade revint longtemps à l'hôpital. En décembre 1865, l'iodoforme, à la dose de trois grains par jour, parut rendre de grands services. Un mélange de chl-

1. *The Lancet*, 4 décembre 1869
2. *Ibid.*, 25 janvier 1868.

rate de potasse, d'iodure de potassium et de sesquicarbonate d'ammoniaque fut, somme toute, le meilleur remède.

Obs. XXIV. — *Syphilide ulcéreuse et douloureuse de la langue, traitée comme ulcération cancéreuse. — Disparition après un érysipèle de la face* [1].

Georges L..., trente-six ans, entré le 4 août 1864, service de M. Nunn, à Middlessex Hospital. Admis dans l'hôpital des cancéreux pour une ulcération de la langue; il y fut traité comme tel pendant sept mois. M. Nunn prescrivit l'iodure de potassium. Les ulcérations de la langue étaient douloureuses, sans tendance à la cicatrisation, et résistant à tout traitement local. En mai 1865, le malade eut un érysipèle de la face, après la guérison duquel la langue cessa d'être douloureuse et se cicatrisa.

Ulcérations cancéreuses. — Lorsqu'elles se présentent avec leurs attributs normaux, elles ne peuvent être confondues avec aucune autre affection. On ne peut réellement les méconnaître ou du moins hésiter que si des complications se sont surajoutées.

Il n'est pas rare de voir la glossite psoriasiforme associée à la tumeur cancroïdale, après l'avoir même précédée de quelques années. Loin de nuire au diagnostic, cette complication est au contraire une présomption en faveur de la nature maligne de l'ulcération. La coexistence doit donc être prise en sérieuse considération.

Outre les ulcérations inflammatoires d'origine dentaire, mercurielle, nicotique, aphtheuse, etc., qui intéressent la muqueuse dans le voisinage de la lésion ulcéreuse, il faut encore mentionner les foyers cancéreux multiples. « Il n'est pas ordinaire, dit M. Duplay [2], que le cancer qui affecte un organe s'y manifeste en plusieurs points voisins, mais isolés; le cancer épithélial surtout n'a pas de ces manifestations multiples. » Quoique exceptionnelles, ces manifestations sont signalées par quelques auteurs qui insistent sur le rapprochement à faire entre elles et les lésions d'origine syphilitique.

Obs XXV (résumée). — *Épithélioma. — Ulcérations multiples. — Ablation par la ligature extemporanée* [3].

François F..., soixante-trois ans, hôpital Saint-Éloi, 1877. Début

1. *The Lancet*, 25 janvier 1868.
2. Duplay, *Diagnostic des ulcérations de la langue*, in *Progrès médical*, 25, 1878.
3. Ollivier, *De l'épithélioma de la langue*. Th. de Montpellier, 1877.

de la maladie, quatorze ans auparavant, par une petite fissure située au côté gauche de la pointe de la langue; peu à peu une tumeur s'est développée à ce niveau et depuis quatre mois s'est ulcérée : bientôt d'autres tumeurs se sont formées aux environs, puis ulcérées de la même manière. La langue présente actuellement sur la moitié antérieure de la face dorsale, *quatre cratères ulcéreux*, à bords rougeâtres et durs, à fond inégal, grisâtre, saignant facilement. Induration étendue au plancher. Engorgement ganglionnaire. Pas de syphilis.

16 juin. — Ablation. Récidive locale deux mois après.

3° — VARIÉTÉS DE L'HYBRIDITÉ.

Si une seule diathèse peut produire certaines tumeurs ulcérées, dans d'autres cas cette unique cause n'est plus suffisante pour rendre compte des faits que l'on a sous les yeux ; alors il est nécessaire de passer en revue les maladies constitutionnelles, pour découvrir la dualité pathogénique de ces ulcérations hybrides, auxquelles le Dr Ch. Du Périer (Th. de Paris, 1883) applique la dénomination d'*ambiguës*. Fréquemment la combinaison est malaisée à déterminer, et c'est fort justement que le Dr Noël a pu dire que l'hybridité « est la véritable raison de la difficulté qu'on éprouve souvent à porter un diagnostic différentiel entre deux affections constitutionnelles » (Th. de Paris, 1878).

Nous n'exposerons pas ici les caractères différentiels de ces ulcérations hybrides, sur lesquelles M. Du Périer a écrit quelques pages, parce qu'elles ne siègent pas toujours sur des tumeurs et que d'ailleurs nous n'avons en vue que l'hybridité cancéro-syphilitique.

TRAITEMENT.

Lorsqu'un cancer apparaît chez un sujet qui a contracté antérieurement la syphilis, il n'est pas indifférent d'employer tel ou tel moyen thérapeutique; on doit alors admettre plusieurs cas, et se comporter différemment, suivant que la maladie acquise est ou n'est pas encore éteinte.

Chez quelques cancéreux, la syphilis plus ou moins ancienne a été

traitée et guérie, ou du moins ne se révèle actuellement par aucune manifestation apparente ; il n'existe alors aucune relation entre les deux maladies ; le cancer évoluant comme chez tout sujet non vénérien est justiciable du traitement que commandent l'état local et l'état général.

On n'est réellement autorisé à mettre en usage la médication spécifique que si l'on a quelque doute sur la nature maligne de la lésion ; en pareil cas elle sert de pierre de touche et, maintes fois, elle a fait disparaître une tumeur réputée cancéreuse, que l'instrument tranchant était sur le point d'attaquer.

« L'épreuve thérapeutique, dit M. Fournier[1], n'est admisible qu'au cas seulement où il y a quelque chance de succès ; si le diagnostic de la lésion reste vraiment indécis, s'il y a quelque lueur d'espoir, si faible qu'elle soit, en faveur de la syphilis, alors l'indication du traitement spécifique est formelle, absolue, et ce serait une faute grave que de refuser aux malades cette planche de salut. Mais, inversement, si le cancer est certain, manifeste, indubitable, c'est peine perdue de formuler un traitement illusoire ; l'épreuve thérapeutique n'est non pas seulement inutile, mais nuisible. »

Telle est également l'opinion de M. Verneuil et de la grande majorité des médecins.

Que la syphilis soit avouée ou non, pour peu que l'on ait quelque raison de la soupçonner, on doit soumettre le malade pendant quelque temps au traitement spécifique. Toutefois il ne faut pas y avoir recours trop longtemps, et, dès qu'on en reconnaît l'inefficacité, il faut le supprimer, car son usage prolongé active l'évolution du cancer et, en facilitant son extension, rend plus incertains les résultats de l'intervention chirurgicale.

S'il est bien avéré que l'on ait affaire à un hybride ou à un malade en puissance des deux diathèses, dont les manifestations se trouvent réunies au même point ou séparées, quelle est la conduite à tenir? Faut-il instituer un traitement mixte, c'est-à-dire susceptible d'agir sur chaque maladie? Faut-il combattre les deux ennemis, lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces combinaisons constituées, comme dit Jaumes[2], par deux ou plusieurs états morbides, solidaires l'un de l'autre, et formant un tout unitaire, une espèce morbide distincte?

Or, en présence des variétés de l'hybridité, il convient de ranger

1. Fournier, *Des glossites tertiaires*, 1877.
2. Jaumes, *Traité de path. génér.*, p. 143, 1867.

les malades en deux catégories : chez les uns, le traitement palliatif est seul indiqué ; chez les autres, l'intervention chirurgicale ne doit pas être rejetée, sans préjudice dans les deux cas de la médication antisyphilitique.

Ainsi, toutes les fois que la lésion ulcéreuse de la cavité buccale occupe une trop grande étendue, l'ablation du mal ne doit pas être tentée : il en est de même, si l'infection ganglionnaire a envahi la zone carotidienne et si *a fortiori* la cachexie s'est emparée de l'individu. Mais cette abstention opératoire ne contre-indique nullement l'emploi des médicaments iodurés, auxquels on adjoindra la médication palliative ordinaire qui s'adresse au néoplasme.

En s'attaquant à l'élément syphilitique, on procure fréquemment une amélioration notable, soit en calmant et même en faisant disparaître les phénomènes douloureux, imputables à la syphilis ou à la compression due à la tuméfaction ganglionnaire ; soit encore en diminuant le volume de la langue, ce qui lui rend une certaine mobilité. De plus, la lésion ulcéreuse peut elle-même prendre un meilleur aspect, et subir des modifications assez avantageuses, sinon pour en imposer au médecin et lui faire espérer un succès, du moins pour donner au malade quelque espérance, et atténuer la tristesse de ses derniers jours.

Néanmoins, si le traitement spécifique produit des résultats un moment favorables, s'il agit efficacement sur l'un des facteurs de l'hybridité, il faut en user avec précaution, car bientôt, après s'être rendu maître de la syphilis, il porterait son action sur le cancer, dont il exaspérerait la marche. Malgré les avantages que l'on en retire, on est dès lors en droit de se demander si, tout en étant favorable au point de vue syphilitique, il ne donne pas en même temps un coup de fouet à l'autre diathèse? Nous ne pouvons trancher la question, mais ce qui est indubitable, c'est l'amélioration passagère qui survient dans l'état de la maladie mixte.

Si l'on a à traiter un malade chez lequel l'ablation de la tumeur hybride est praticable, il paraît logique de s'adresser d'abord aux préparations iodurées, et dès qu'elles ne produisent plus aucun effet, se décider à pratiquer l'opération. M. Verneuil a préconisé cette manière d'agir au congrès de Londres : « Un néoplasme compliqué de syphilis n'est pas soustrait pour cela à l'action chirurgicale, et peut être opéré comme un autre. Il est utile toutefois de n'agir qu'après avoir tiré parti du spécifique, dont rien d'ailleurs n'empêche l'emploi après l'opération. »

Ces dernières paroles indiquent que l'on doit se préoccuper, après

l'opération, d'éteindre le plus possible l'action de la syphilis. Cette dernière annihilée, la cause d'appel, qui lui est inhérente, disparaîtrait aussi et la récidive du cancer en serait probablement d'autant moins à craindre.

Terminons ces considérations thérapeutiques en rappelant que, la question de l'intervention mise à part, le mercure est nuisible au cancer et en particulier au cancer de la cavité buccale; aussi le traitement mixte doit-il être proscrit d'une façon générale. Seule la médication iodurée sera mise en usage, employée à doses légères, aussi longtemps prolongée qu'il sera nécessaire, mais rapidement supprimée dès qu'elle deviendrait inutile.

PRONOSTIC.

Malgré l'amélioration que l'on obtient par le traitement ioduré, la terminaison n'en est pas moins fatale. Tout au plus survient-elle tardivement. S'il est possible de se rendre maître de la syphilis, on reste désarmé devant le cancer. Aussi pouvons-nous répéter avec M. Verneuil[1] :

« Le pronostic est malheureusement toujours celui du néoplasme, et dans ce duo morbide, le dernier mot reste toujours au cancer. »

Obs. XXVI (résumée). — *Syphilis antérieure — Cancroïde indolent de la langue. — Excision et cautérisation. — Absence de récidive locale. — Récidive dans les ganglions*[2].

En octobre 1867, M. R.., négociant, vint trouver M. le Dr Labbé. Il se plaignait d'une gêne au niveau de la partie moyenne du bord droit de la langue. On y constatait une légère modification de consistance; en raison des antécédents syphilitiques du malade, un traitement mixte par le mercure et l'iodure et potassium fut institué; au bout de trois semaines, M. Labbé revit le malade avec M. Nélaton, qui pensa qu'on devait continuer pendant quelque temps encore le traitement spécifique. Au commencement de décembre, aucune amélioration; le noyau induré est resté très petit et les tissus environnants présentent une grande souplesse. Plus d'engorgement ganglionnaire, santé générale excellente.

1. Verneuil, *Congrès de Londres*, 1881.
2. T. Anger, *Du cancer de la langue*. Th. d'agr., 1872, p. 88.

Le 26 janvier, excision et cautérisation au fer rouge, cicatrisation persistante. En mai, engorgement sous-maxillaire et, à la fin de l'année, mort par infection ganglionnaire.

Le traitement spécifique n'a produit dans ce cas aucun changement.

Obs. XXVII. — *Syphilis antérieure. — Ichthyose de la langue de nature épithéliomateuse. — Traitement spécifique sans amélioration*[1].

Le Dr Weis présenta à la Société de dermatologie de New-York, le 5 janvier 1876, un cas d'ichthyose de la langue chez un syphilitique, où, après que le traitement spécifique eût échoué, l'une des masses excisée offrit les caractères microscopiques de l'épithélioma.

Obs. XXVIII. — *Syphilis antérieure. — Glossite psoriasiforme. — Ulcération néoplasique de la langue. — Indolence complète. — Traitement spécifique sans résultat*[2].

X..., cinquante ans, ancien soldat, a eu autrefois un chancre induré. Depuis deux ans, psoriasis buccal et lingual; en outre, ulcération à la partie moyenne et antérieure du bord gauche de la langue, envahissant la face dorsale. L'ulcération progressant rapidement, a atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Le traitement spécifique n'a produit aucun résultat favorable.

Obs. XXIX. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la langue — Ablation. — Glossite psoriasiforme consécutive. — Indolence complète. — Traitement spécifique; point d'amélioration* (Personnelle).

G..., soixante-huit ans, entré le 12 décembre 1877, dans le service de M. Horteloup.

Antécédents. — Chancres volants en 1830, blennorrhagie et orchite en 1835; quelques années plus tard, chancre induré, suivi de syphilides cutanées, pour lesquelles un traitement antisypbilitique a été suivi.

Il y a sept ans, à la suite de copieuses libations, le malade fait une chute, se contusionne en plusieurs endroits et se brise deux dents de la mâchoire supérieure. Immédiatement après l'accident,

1. *The Med. Record*, New-York, 1876, et *Tribune médicale*, 19 novembre 1875.)

2. Noël, *De l'hybridité morbide*. Th. de Paris, 1878, obs. XV.

paraît sur la partie moyenne du bord droit de la langue, une petite tumeur qui acquiert rapidement le volume d'une grosse fraise, dont elle présente la coloration et la mollesse. Indolente à la pression, elle n'était le siège d'aucune douleur spontanée, ne saignait pas et ne donnait lieu qu'à un peu de gêne dans la mastication.

Le malade a entendu prononcer à l'Hôtel-Dieu le mot d'épithélioma. La tumeur a été enlevée et la cicatrisation s'est maintenue jusqu'à ce jour. Mais depuis cinq mois, sans aucun phénomène douloureux, apparition sur la moitié droite de la face dorsale de la langue d'une plaque blanchâtre dure, qui, d'abord de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, s'est progressivement agrandie.

Pas de manifestations arthritiques ni herpétiques.

État actuel. — Au point où existait l'épithélioma, dépression assez prononcée, recouverte d'une cicatrice blanchâtre.

En avant de cette cicatrice et sur la moitié droite de la face dorsale et du bord correspondant de la langue, plaque de la largeur d'une pièce de un franc, un peu irrégulière, d'une coloration blanc d'argent, sauf au niveau du bord de l'organe où elle a une teinte opaline, et d'une épaisseur variable. Sa surface est inégale, mamelonnée, couverte à la périphérie de squames opalines de dimensions différentes et irrégulièrement fendillées. Dans sa partie centrale, elle présente de petites élevures coniques, très rapprochées les unes des autres et séparées par des sillons peu accusés, dont le fond n'est pas ulcéré. Ces élevures indolentes, donnant au toucher la sensation d'une substance dure, cornée, rugueuse, très adhérente aux tissus sous-jacents, sont d'autant moins confluentes qu'on se rapproche davantage du bord de la langue.

La plaque entière est limitée par des bords très régulièrement dentelés ; les tissus sur lesquels elle repose n'offrent aucune induration.

La sensibilité de la muqueuse est intacte, sauf au niveau de la plaque, où la piqûre d'une épingle n'est pas perçue, non plus que le contact des liquides acides ; au niveau des sillons la sensibilité persiste. La face inférieure de la langue, les joues, les lèvres n'offrent aucune altération ; les gencives et les dents sont intactes. Mastication facile, parole libre, salivation normale, *aucune sensation douloureuse, ni spontanée, ni provoquée.* Un ganglion peu volumineux dans la région sous-maxillaire correspondante. État général bon.

Traitement mixte. Pas de changement après trois semaines.

Obs. XXX. — *Syphilis antérieure. — Ulcération épithéliale de la face. — Traitement mixte. — Amélioration*[1].

« Vieille femme atteinte dans la région temporo-orbitaire d'une très large et très ancienne ulcération épithéliale recouverte de croûtes, ayant, par quelques-uns de ses caractères, la plus grande analogie avec une syphilide tertiaire. J'ai reconnu là une hybride, et j'ai soumis la malade au traitement mixte : quelques jours après, je constatais une amélioration considérable dans l'état local. La plaie se détergeait, les croûtes disparaissaient et on aurait pu espérer une guérison complète. Malheureusement il n'en fut rien ; l'ulcération devint bientôt stationnaire et je dus pratiquer une opération, aussi large que possible, puisque je pratiquai l'énucléation du globe oculaire.

Voici donc un cas d'hybridité manifeste dans lequel le traitement mixte a eu pour avantage d'améliorer l'état de la malade, en éliminant un des facteurs de son ulcération[2]. »

Obs. XXXI. — *Syphilis antérieure. — Cancroïde de la joue. — Indolence. — Ablation* (Personnelle).

B..., soixante-six ans, entre le 14 novembre 1877 au Midi, dans le service de M. Horteloup. Blennorrhagie en 1840, syphilis en 1846.

En 1876, apparition sur la joue gauche d'une petite plaque noirâtre, dure, non douloureuse, qui s'agrandit peu à peu, atteint le diamètre d'une pièce de un franc, et sur laquelle se développe bientôt un bouton, analogue à une verrue.

Une ulcération survient et se recouvre de croûtes grisâtres ; elle gagne graduellement en largeur, sécrète un liquide assez abondant, formé de pus et de sang, et depuis quelques mois prend un développement plus rapide, à la suite de l'application de différents caustiques.

Au début, une légère cuisson et actuellement quelques picotements, sans douleur réelle, sont les seuls troubles fonctionnels.

État actuel. — Sur la joue gauche, au niveau et un peu au-dessus du canal de Sténon, existe une tumeur ulcérée de la largeur d'une pièce de 5 francs, ayant les caractères du cancroïde. Elle est saillante, de forme elliptique, à grand diamètre vertical ; ses bords sont bosselés, indurés ; sa surface n'est pas excavée, mais couverte de bourgeons d'inégal volume, de coloration grisâtre et rougeâtre, baignés par un liquide sanieux. Sa base est indurée, sa périphérie en-

1 Verneuil, *Semaine médicale*, avril 1883.

2. Comme il s'agissait d'un épithélioma sudoripare, la guérison a été longue à obtenir, mais ne s'est pas démentie. — A V.

tourée d'une zone vasculaire; d'ailleurs entièrement mobile sur les parties profondes. Engorgement de deux ganglions sous-maxillaires. Pas de douleurs spontanées, ni provoquées.

22 novembre. — Ablation.

30 décembre. — Cicatrisation complète, sauf dans un point, qui laisse écouler la salive de la parotide, dont le canal n'a pu être épargné dans l'opération.

Obs. XXXII. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma de la muqueuse de la joue. — Induration moyenne. — Douleurs locales rebelles à l'iodiure de potassium. — Ablation. — Trois récidives sur la joue et les lèvres en deux mois. — Récidive ganglionnaire. — Mort* (Personnelle).

M. X..., habitant les environs de Paris, quarante-trois ans, haute taille, forte constitution, mère atteinte depuis longtemps d'eczéma généralisé, se présente à M. Verneuil en avril 1883.

Il y a vingt ans, chancre induré suivi de roséole et à plusieurs reprises de plaques muqueuses buccales. Pendant trois ans, traitement hydrargyrique et ioduré régulier. Les accidents ont disparu complètement depuis cette époque.

Vers trente ans, dyspepsie qui après plusieurs années guérit par les préparations opiacées et belladonées; simultanément, éruption d'urticaire, qui se reproduit quelquefois.

M. X... a remarqué, il y a six semaines, à la face interne de la joue droite, une petite ulcération, qu'il attribue à l'irritation causée par une dent voisine. Malgré de fréquentes cautérisations au nitrate d'argent (et peut-être à cause de cela), cette ulcération s'est accrue, accompagnée de douleurs assez vives, et mettant obstacle à la mastication et à la déglutition des solides.

M. Verneuil constate une ulcération de la largeur d'une pièce de un franc, occupant le centre de la joue et s'approchant jusqu'à un centimètre et demi de la commissure labiale : sa surface est grisâtre, inégale, un peu saillante; elle repose sur des tissus qui ne sont pas nettement indurés, mais offrent un empâtement que l'on perçoit bien à la face externe de la joue. L'ulcération est douloureuse spontanément et au toucher.

Bien que les caractères de cet ulcère ne fussent pas très tranchés, ils rappelaient plutôt l'épithélioma que la syphilis; néanmoins, comme celle-ci avait existé antérieurement, on prescrivit un traitement ioduré qui *ne produisit aucune amélioration*. Au contraire l'ulcération fit de rapides progrès et envahit la commissure et

le tiers externe de la lèvre supérieure. Un ganglion sus-hyoïdien prit le volume d'un marron. Les douleurs ne furent pas calmées et devinrent même plus intenses, tout en restant localisées à la région jugale.

22 mai. — Extirpation de l'ulcération et du ganglion. Suture avec des fils d'argent et drainage. Injections et lavages avec la solution chloralée à 2 p. 100.

8 juin. — Érysipèle de la face.

15 juin. — Récidive à la partie moyenne de la lèvre supérieure; ablation au thermo-cautère.

10 juillet. — Deuxième récidive à la commissure et à la lèvre inférieure : ablation au thermo-cautère. Dans la dernière quinzaine du mois, récidive à la joue, engorgement ganglionnaire carotidien.

De jour en jour la cachexie fait des progrès; une hémorrhagie assez abondante survient le 10 août dans la matinée; le malade meurt la nuit suivante.

Obs. XXXIII (résumée). — *Épithélioma de la lèvre inférieure. — Diagnostic difficile*[1].

Le malade portait à la lèvre inférieure une tumeur ulcérée. Le diagnostic entre le cancer et la syphilis fut difficile. Bergmann fit l'ablation: quelque temps après il y eut récidive.

Obs. XXXIV (résumée). — *Syphilome labial d'apparence épithéliomateuse. — Traitement spécifique. — Guérison*[2].

Salomon V..., cinquante-deux ans, entré le 20 décembre 1866, service de M. Nunn, à Middlesex Hospital.

Ulcération béante de la lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane. Excision pratiquée deux fois, l'une par un praticien ordinaire, l'autre par un chirurgien distingué de Londres. V... a été soigné neuf mois à l'hôpital des cancéreux. L'ulcération, qui s'est étendue au bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, en arrière de son siège primitif, est de nature syphilitique; mais son aspect est celui d'un cancer.

Il y a trente ans, le malade a été mordu à la lèvre, par une femme de mauvaises mœurs, au point actuellement malade : la morsure fut suivie d'une ulcération, qui demeura ouverte trois ans; fermée ensuite pendant cinq ans, elle se rouvrit de nouveau sous l'influence

1. Bergmann, *Berlin. klin. Wochenschrift*, 16 janvier 1881.
2. *The Lancet*, 25 janvier 1868.

d'une irritation attribuée à la pipe; jamais elle ne s'est refermée depuis, malgré les deux opérations subies.

Le malade, mis au traitement antisyphilitique, biiodure de mercure et iodure de potassium, en obtint un mieux considérable.

Dans ce cas, la durée, la situation de l'ulcération à la lèvre supérieure, font penser qu'elle n'était pas cancéreuse.

HYBRIDITÉ CANCÉRO-SYPHILITIQUE DE LA MAMELLE.

Malgré nos recherches dans les *Bulletins* de la Société anatomique, dans les *Traités* des maladies du sein, dans les journaux et dans les thèses nombreuses consacrées aux tumeurs de cette région, nous n'avons trouvé avant la notre (obs. XXXVII), aucune observation de cancer développé chez des syphilitiques. Comment expliquer cette rareté de la coexistence des deux diathèses dans la glande mammaire, si fréquemment atteinte par le cancer?

Sans invoquer l'insuffisance de renseignements sur les antécédents des malades, il faut remarquer que, la syphilis étant moins fréquente chez la femme que chez l'homme, contrairement à ce qui a lieu pour le cancer, il est naturel que les cas d'hybridité ne se rencontrent pas aussi souvent au sein que dans d'autres régions.

D'autre part, en supposant que l'infection syphilitique ait eu lieu antérieurement, si l'on admet, que ses manifestations créent des lieux de moindre résistance, on ne doit pas être surpris que le cancer n'apparaisse pas au sein chez un sujet contaminé, car la mamelle n'est pas un siège de prédilection pour les accidents tertiaires. Enfin cette question de l'hybridité n'ayant pris naissance que depuis quelques années, on a pu en laisser passer inaperçus quelques exemples.

Quoi qu'il en soit, nous citerons les deux observations suivantes, propres à établir cette entité morbide.

OBS. XXXV. — *Épithélioma du sein.* — *Syphilis antérieure.* — *Indolence*[1].

Une femme entre dans mes salles avec une large ulcération mammaire, qui présente, sur un certain nombre de points, le caractère si manifestement syphilitique, que je crus, un instant, avoir sous les yeux un type de syphilome ulcéreux de la mamelle.

1. Verneuil, *Semaine médicale*, 5 avril 1883.

J'administrai un traitement mixte, et, dans les premiers temps, l'espoir sembla se réaliser : l'ulcération marchait vers la guérison avec une rapidité extraordinaire ; elle avait diminué des deux tiers en moins d'un mois.

Malheureusement, après ce résultat obtenu, le mal resta stationnaire, puis, peu à peu, en dépit de la continuation du traitement, l'ulcération fit de nouveaux progrès, la cicatrice se détruisit, les ganglions se prirent à leur tour, et la malade succomba à la généralisation cancéreuse.

Obs. XXXVI. — *Cancer du sein. — Engorgement ganglionnaire de l'aisselle et des régions sus et sous-claviculaires. — Syphilis concomitante. — Indolence. — Généralisation. — Mort* (Personnelle).

Antoinette M..., quarante-cinq ans, entre le 15 février 1883, service de M. Verneuil.

Aucun renseignement sur les parents; M... n'a jamais eu de maladie sérieuse; de temps en temps quelques accidents d'arthritisme.

Il y a environ un an, sans aucune cause connue, pas même le trauma classique, apparition dans le sein gauche, d'une tumeur du volume d'un marron, augmentant et devenant sensible au moment des règles, puis diminuant dans l'intervalle des époques.

Quatre mois après le début de cette tumeur, la malade contracte un chancre induré non douteux, avec gonflement des lèvres, adénopathie bi-inguinale et céphalalgie pendant près de deux mois; pour l'instant, la maladie est en pleine période secondaire.

A partir de cette contamination, la tumeur du sein prend un développement rapide et des saillies apparaissent au niveau des régions sus et sous-claviculaires; M... n'accuse que quelques élancements dans la partie externe de la tumeur.

État actuel. — Malade maigre et pâle. Forces assez bien conservées. La tumeur présente le volume du poing et envahit toute la glande mammaire ; elle est dure, très inégale et offre des bosselures distinctes. La peau qui la recouvre est adhérente, surtout dans sa partie centrale où elle présente les caractères de la peau d'orange. Le mamelon est affaissé, sans être véritablement rétracté; aucune ulcération. Profondément, la tumeur adhère aux parties sous-jacentes et les mouvements qu'on cherche à lui imprimer sont indolents et très limités.

De la partie externe et inférieure de la tumeur, part une traînée

lymphangitique dégénérée qui va rejoindre les ganglions axillaires, dont le volume égale celui d'une grosse noix. Dans les régions sus et sous-claviculaires, autres masses ganglionnaires, en continuité avec celle qui occupe l'aisselle. Dans la région carotidienne inférieure, quelques ganglions isolés également très durs. En aucun point ces ganglions ne sont douloureux, ils ne compriment ni les plexus cervical et brachial, ni les vaisseaux axillaires.

Dans la région anale, quelques plaques muqueuses en voie de disparition. Double déviation des gros orteils.

Sauf quelques élancements, aucune douleur véritable n'existe dans les tumeurs.

L'opération était contre-indiquée, mais le mal ayant semblé s'accroître depuis la contagion syphilitique, on prescrit une pilule de proto-iodure chaque jour et l'iodure de potassium.

15 mars. — Les masses ganglionnaires ont subi une légère diminution, mais aucun changement n'est survenu dans la tumeur mammaire; les élancements persistent sans aggravation.

La malade, sortie quelque temps de l'hôpital, y rentre vers le 15 juillet, pour un gonflement du ventre et des membres inférieurs, et des douleurs de la région lombaire s'irradiant dans les cuisses. La tumeur mammaire, ramollie et ulcérée par places, offre l'aspect ordinaire du cancer. L'ascite, l'œdème des membres inférieurs et les douleurs ont pour cause la généralisation du côté du foie et de la colonne vertébrale.

L'autopsie, faite le 30 juillet, prouve en effet que le foie et les poumons sont farcis de noyaux cancéreux, que tous les ganglions lombaires sont pris, et que les troisième et quatrième vertèbres lombaires sont envahies par le cancer.

Dans la première observation, outre le caractère d'indolence que présentait l'affection, il est certain que le cancer a agi comme cause de rappel de la syphilis, d'où une physionomie spéciale de l'ulcération, reflet de sa double origine. Le traitement mixte a prouvé que cette interprétation était exacte, puisqu'il a procuré une amélioration momentanée il est vrai, mais évidente.

Mais l'élément syphilitique dompté, l'autre diathèse s'est de plus en plus affirmée, et de locale est devenue générale, comme dans la deuxième observation. Faut-il en accuser le traitement spécifique? C'est une question que nous ne faisons que poser pour le moment.

Dans l'autre cas, intéressant parce que la syphilis a été contractée

alors que la malade portait déjà une tumeur cancéreuse, plusieurs points doivent être mis en relief.

Avant la contamination syphilitique, le cancer avait une marche lente; du jour où l'économie a été envahie par les deux maladies, le néoplasme a fait des progrès rapides. Nous examinerons plus loin s'il y a eu simple coïncidence ou véritable influence, en rapprochant ce fait des observations prises dans les autres régions du corps.

Mais on peut remarquer dès maintenant que la syphilis a contribué à l'engorgement des ganglions axillaires, sous et sus-claviculaires, car dans la plus grande partie des cancers du sein il y a immunité des glandes cervicales. Il faut encore rappeler, en faveur de cette participation de la syphilis, la diminution de la tuméfaction ganglionnaire sous l'influence de l'iodure de potassium et du mercure.

Quant à l'absence de douleurs, étant donnés les nombreux cas de cancers indolents, nous ne sommes pas autorisés à l'attribuer au virus syphilitique; nous pouvons cependant supposer que là, comme dans la région buccale, le système nerveux peut être impressionné dans cette lutte entre les deux maladies constitutionnelles.

A côté de ces cas d'hybridité, nous rapportons quelques observations dans lesquelles le diagnostic a été si difficile, qu'on a été amené à pratiquer l'ablation de la tumeur, qui était d'origine syphilitique (Obs. XXXVIII). Dans l'observation XXXIX le doute disparaît devant l'épreuve thérapeutique, et quant à l'observation XLI, malgré tout le respect que nous avons pour la mémoire de Velpeau, nous hésitons à la regarder comme un exemple de guérison d'un squirrhe.

Obs. XXXVIII. — *Gomme ulcérée de la région mammaire. — Traitement spécifique. — Pas d'amélioration. — Extirpation. — Syphilides pustuleuses et ulcéreuses. — Mort*[1].

Obs. XXXIX (résumée). — *Gommes ulcérées de la région mammaire prises pour un cancer. — Traitement anti-syphilitique. — Guérison*[2].

1. Landreau, 1874. *Des syphilomes mammaires*, obs. IX. — Voy. cette observation plus haut, p. 237 et 473.

2. Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis*, 1854. — Voy. cette observation plus haut, p. 464.

Obs. XL (résumée). — *Cas douteux de squirrhe du sein; guérison sans opération.*

Madame X..., quarante-huit ans, forte, bien constituée ; tumeur dans le sein droit depuis six mois. Au premier coup d'œil, ce sein a conservé sa forme et son volume naturels; mais au dessous et un peu en dehors du mamelon existe une plaque sur laquelle la peau est légèrement déprimée. Cette plaque se continue avec une tumeur dure, demi-ligneuse, du volume d'un œuf de poule, mal limitée, semblant faire partie de la mamelle. De moins en moins dense à mesure qu'on s'éloigne de son centre, qui seul avait quelque chose de la densité du squirrhe, elle se perd insensiblement dans le reste de la région, par des prolongements dépourvus eux-mêmes de mobilité distincte. Siège de quelques élancements depuis deux ou trois mois, cette tumeur avait pris un développement rapide en dernier lieu. Un traitement antiphlogistique, des onctions iodurées, de l'iodure de potassium à l'intérieur (50 centigr.) font diminuer la tumeur, qui, au bout de deux mois, ne présente plus qu'un noyau central induré. Six mois plus tard, guérison complète, sans récidive dans les dix années suivantes.

Obs. XLI. — *Gomme de la région mammaire simulant un cancer. — Engorgement ganglionnaire de l'aisselle. — Traitement antisphylitique*[1].

Obs. XLII. — *Gomme de la région mammaire d'un diagnostic douteux. — Traitement antisyphilitique. — Guérison*[2].

HYBRIDITÉ CANCÉRO-SYPHILITIQUE DE LA VERGE ET DU TESTICULE.

Quelques-unes des observations suivantes montrent le développement d'un cancroïde sur la verge après des manifestations syphilitiques répétées : malheureusement les descriptions données ne

1. Velpeau, *Traité des maladies du sein*, p. 565.
2. Landreau, 1874, Des *syphilomes mammaires*, obs. IX. — On retrouvera ces deux observations plus haut aux pages 468 et 474. L'observation XV de M. Landreau, prise dans mon service en 1869, rentre également dans le cadre de l'hybridité cancéro-syphilitique de la mamelle (Voy. plus haut, p. 472).

permettent pas de dire que la lésion avait des caractères particuliers et mixtes comme dans la région buccale.

Mais ce qui semble incontestable, c'est que la tare syphilitique a produit un point faible, sur lequel a paru l'épithélioma; ce qui n'a l'est pas moins, c'est que le néoplasme a évolué rapidement et ne déterminé aucun phénomène douloureux, sauf dans un cas, où l'élement syphilitique n'était plus capable de lutter avec le cancer, qui était devenu maladie *totius substantiæ*.

Une seule observation (Obs. XLIV) mentionne le retentissement ganglionnaire, lequel a subi une diminution après l'ablation de la verge; l'auteur est porté à croire que cet engorgement n'était qu'un reste de l'affection vénérienne, et en tire cette déduction que, en pareil cas, on ne doit pas se presser d'enlever la masse ganglionnaire.

Les observations XLVII et XLVIII montrent que lec hancre peut revêtir l'aspect de l'épithélioma, et l'observation XLIX que l'épithélioma peut simuler un chancre phagédénique : telle est du moins notre interprétation, contrairement à l'auteur qui admet un cancroïde compliqué de chancre phagédénique.

Ces faits sont trop peu nombreux pour nous permettre de discuter les rapports des deux diathèses dans cette région; aussi nous nous contentons d'en relever les points les plus saillants. Nous avons agi de même pour les observations de cancers du testicule, bien que la relation entre les deux maladies constitutionnelles s'y dévoile plus clairement.

Obs XLIII (résumée). — *Cancroïde de la verge chez un syphilitique. — Amputation. — Guérison*[1].

Jean C..., soixante-quatre ans, a été atteint durant sa jeunesse de nombreuses maladies vénériennes : blennorrhagie, chancres et accidents secondaires. Il y a douze ans, vives démangeaisons à la surface du gland, sur lequel apparaît un bouton qui dégénère en un énorme cancroïde, envahissant la moitié de la verge, sans amener de vives douleurs.

Actuellement, tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, irrégulière, inégale, ayant détruit le gland et envahi les corps caverneux; très vasculaire, indolente à la pression, ulcérée en certains points, d'aspect papillaire en d'autres. Détritus sanieux; bords saillants très congestionnés; peau de la verge amincie, non ulcérée, mais rouge

1. Jullien. *Amputation du pénis*, Th. de Paris, 1873, p. 100.

et enflammée; corps caverneux fortement indurés : ganglions inguinaux engorgés. État général débile.

Amputation au fer rouge; bon résultat opératoire.

Obs. XLIV (résumée). — *Syphilis antérieure. — Épithélioma du pénis. — Amputation. — Guérison* [1].

Tailleur, trente-huit ans; il y a dix-sept ans, chancre et bubon, sans manifestations secondaires. Il y a un an, petite tumeur sur le gland qui, par suite d'irritation, augmente peu à peu de volume. Finalement le pénis tout entier devient épithéliomateux : hypertrophie et induration des ganglions de l'aine; phimosis. Amputation du pénis. Un mois et demi après, guérison. Diminution du volume des ganglions.

L'auteur remarque que dans les tumeurs syphilitiques l'induration ne porte pas sur le pénis tout entier; qu'il n'est pas toujours nécessaire d'extirper les ganglions quand ils sont peu atteints, comme dans ce cas; enfin, il pense que l'affection n'était qu'un reste de la maladie vénérienne antérieure.

Obs. XLV. — *Chancre récidivant de la verge, suivi d'épithélioma* [2].

Le 13 décembre 1876, homme, soixante-cinq ans, admis à King's College Hospital. Sept ans avant, chancre suivi un mois après d'une éruption cutanée et de douleurs dans les jambes, plus fortes la nuit. Le chancre se ferme graduellement, mais douze mois après il réapparait à son ancienne place à la suite d'excès de boisson : il se ferma de nouveau en trois semaines, puis revint quatre ou cinq fois. Ces réapparitions étaient toujours précédées d'excès alcooliques et jamais dues à de nouveaux rapports sexuels.

Pas d'antécédents héréditaires de cancer.

Six semaines avant l'admission, une ulcération s'était montrée à la place ordinaire, mais au lieu de se fermer dans le temps accoutumé, elle s'était étendue et avait été le siège d'une grande douleur, symptôme qu'elle n'avait jamais présenté auparavant.

A l'entrée à l'hôpital, on trouvait des taches d'un brun rouge sur la poitrine et l'abdomen. La moitié gauche du gland, fortement indurée dans la profondeur, présentait à la surface une ulcération irrégulière et légèrement bosselée, dont la base était dure, et qui

1. Fourneaux Jordan, *Birmingham Med. Review*, 1877, n° 26.
2. *The London Med. Record*, avril 1877.

était recouverte par places d'une escharre verdâtre : les bords étaient élevés, renversés ; très peu de suppuration. L'induration comprenait la partie antérieure du pénis, s'étendait en arrière, se fondait graduellement avec le tissu normal et était sensible à la pression. Vers la racine de la verge, corde indurée, irrégulière et douloureuse. Ganglions inguinaux durs, lobulés, plus volumineux que dans la syphilis ordinaire : on proposa l'amputation de la verge, mais le malade émacié et cachectique n'y consentit pas.

Obs XLVI. — *Contagion syphilitique antérieure. — Cancer épithélial du pénis. — Amputation — Albuminurie. — Pleurésie. — Érysipèle gangreneux. — Mort*[1].

C. Schmidt, journalier, trente-trois ans, avait naguère souffert longtemps des accidents secondaires de la vérole. Six semaines avant son admission, il fut opéré d'un cancer épithélial du pénis, et le 9 septembre, ayant été atteint d'un épanchement dans la plèvre droite et d'hydropisie générale, il fut apporté à la clinique médicale de Breslau.

Malgré différents traitements dirigés contre les épanchements séreux, l'état du malade s'aggrava peu à peu, et le 12 novembre un érysipèle gangreneux de la cuisse et du scrotum amena la mort.

Obs. XLVII. — *Chancre syphilitique d'aspect épithéliomateux*[2].

Antoine D..., cinquante-sept ans, entré à l'hôpital le 27 mars 1880. Quelques antécédents strumeux. En novembre 1879, quinze jours après des rapports sexuels, apparition sur le côté gauche du gland d'une ulcération qui augmente graduellement, puis s'améliore, mais ne disparaît pas entièrement. Divers accidents secondaires. Actuellement, gland turgescent, rouge ; prépuce œdématié ; dans le pli balano-préputial, rougeur intense et quelques syphilides érosives.

La face inféro-postérieure du gland est occupée dans toute son étendue par une ulcération de la largeur d'une pièce de deux francs au moins, en forme d'écusson, à centre jaunâtre, lisse, à périphérie rouge, d'aspect musculaire, à bords calleux, proéminents, mais non taillés à pic et à base très indurée, de façon qu'on peut, en la détachant des parties voisines, soulever en masse les bords et le plateau ulcéré. L'aspect du chancre est bien épithéliomateux.

1. Frerichs. *Traité des mal. du foie*, 2e éd., p. 443.
2. Communiquée par M. le professeur Fournier.

Autres syphilides sur la surface du corps.

Obs. XLVIII. (résumée). — *Syphilide ulcéreuse d'apparence épithéliomateuse de la verge. — Traitement spécifique. — Guérison*[1].

Robert D..., soixante-dix ans. Large ulcération circulaire située à la jonction du pénis et du scrotum, d'un demi-pouce de diamètre. Le segment postérieur de l'ulcération est semblable au bord d'un épithélioma. Au contraire, le segment antérieur n'est pas saillant et de plus tend à se cicatriser. Des deux côtés, les ganglions inguinaux sont engorgés. Début il y a six mois par un petit bouton, cautérisé plusieurs fois dans un hôpital, où l'on porta le diagnostic de cancer. Quoi qu'il en soit, à l'entrée dans le service de M. Nunn, l'ulcération était recouverte d'une pommade au précipité rouge. La cicatrisation de la partie antérieure engagea le chirurgien à traiter la lésion comme syphilitique par le bi-iodure de mercure. La cicatrisation était complète trois semaines après.

Obs. XLIX (résumée). — *Cancroïde papillaire de la verge, recouvert d'un chancre phagédénique. — Amputation. — Récidive. — Mort*[2].

Homme, quarante-six ans. Plusieurs blennorrhagies et chancres. Dix ans après, ulcération probablement tuberculo-crustacée de la face et de la lèvre inférieure. Onze ans plus tard, après commerce sexuel fréquent, apparition sur un des côtés du gland d'une tumeur blanchâtre et dure. Induration de la verge. Destruction du gland sans douleurs. Le malade est admis au Midi; on constate que la plaie offre l'aspect d'un chancre phagédénique serpigineux. Les ganglions inguinaux et cervicaux sont intacts.

Traitement ioduré sans succès. Extension de l'induration. Opération le 23 mars. Sortie trois semaines après. Récidive. Mort.

Obs. L. — *Syphilis antérieure. — Encéphaloïde du testicule*[3].

M. X... contracte la syphilis en 1859; il suit un traitement pendant plusieurs mois et les accidents disparaissent. En 1873, sarcocèle du testicule, qui guérit après deux ou trois mois de traitement par le mercure et l'iodure de potassium, mais en laissant des traces d'induration.

Plusieurs mois plus tard, nouvelle tuméfaction du même testicule

1. Nunn, *The Lancet*, 25 janv. 1868.
2. Lebert, *Anat. pathol.*, t. I, p. 144, obs. LIII.
3. L. H. Petit, *De locis minoris resistentiæ*, in *Gaz. hebd.*, 1875, p. 710. Communiquée par M. Fournier.

avec hydrocèle. Le traitement spécifique est repris, mais inutilement; le testicule grossit de plus en plus; il se forme un abcès gazeux des bourses. La tumeur, devenue énorme, est enlevée en 1874 par M. Péan. C'était un encéphaloïde type avec kyste central. Les suites de l'opération furent simples et la cicatrisation hâtive, mais l'état général resta mauvais. Il survint de l'œdème des membres inférieurs, de l'oppression, signes évidents d'une récidive dans les viscères, et quatre mois après l'opération le malade mourut.

OBS. LI (résumée). — *Syphilis antérieure. — Cancer primitif du testicule pris pour un sarcocèle syphilitique. — Paraplégie considérée comme étant aussi de même nature. — Mort*[1].

M..., vingt-neuf ans, entré le 9 avril à l'hôpital Saint-Antoine, d'apparence débile, fait remonter sa maladie à un chancre, contracté en 1859. Comme accidents secondaires, quelques taches sur la peau.

Bonne santé de 1859 à 1869. A cette époque, tuméfaction indolente du testicule gauche, presque doublé de volume. En août, douleurs lombaires avec sensation de constriction abdominale. En septembre et octobre, accroissement de ces douleurs, qui deviennent continuelles avec exacerbations nocturnes.

En janvier, admission au Midi : M. Mauriac diagnostique un testicule syphilitique avec début de paraplégie et donne l'iodure de potassium, qui amène une amélioration notable.

En mars, retour des douleurs, affaiblissement des membres inférieurs, sensibilité obtuse; paresse intestinale et vésicale.

En avril, testicule gauche triplé de volume, bosselé, irrégulier, dur et lourd, présentant au toucher une résistance élastique, non fluctuante. Peu ou point de liquide dans la tunique vaginale. Indolence complète de la tumeur, sur laquelle on distingue deux bosselures plus volumineuses, également indolentes, qui représentent probablement la tête et la queue de l'épididyme. Cordon empâté. Testicule droit petit, atrophié.

Sensibilité au niveau des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires. Pas de gibbosité. Paraplégie complète. Diminution de la sensibilité des membres inférieurs. Sensibilité réflexe affaiblie. 1 à 3 grammes d'iodure de potassium.

Aucune amélioration; au contraire, douleurs plus vives, en ceinture. Diarrhée. Amaigrissement. Œdème. Eschare. Mort.

1. Rendu, *Bull. de la Soc. anat.*, juin 1870.

A l'autopsie, on trouve un sarcome du testicule, avec généralisation aux viscères et à la colonne vertébrale.

OBS. LII (résumée). — *Carcinome du testicule chez un syphilitique*[1].

Ch. B.., trente-six ans, employé de commerce, syphilitique depuis deux ans. Il y a cinq ou six mois, il constata sur le testicule gauche une petite tumeur arrondie et dure ; bientôt se forma dans la tunique vaginale un épanchement qui augmenta peu à peu, au point de masquer le testicule. La ponction donne issue à un liquide citrin ; le testicule est induré dans sa totalité avec des noyaux plus durs par places, nulle part d'induration en plaques.

L'épididyme très développé forme une sorte de bourrelet saillant nettement isolable, qui surmonte le testicule. D'une dureté ligneuse, il présente çà et là des inégalités et des bosselures. Le cordon doublé de volume a conservé sa souplesse. Dans la fosse iliaque, empâtement profond. Douleurs non dans le testicule lui-même, qui peut être impunément serré entre les doigts, mais dans l'abdomen et le membre inférieur gauche jusqu'au pied.

Autres organes sains. Bien que la quantité du liquide, le volume du cordon et les douleurs ne permissent guère de penser au testicule syphilitique, on prescrit le traitement spécifique qui n'amène aucun résultat : castration le 10 février par M. Horteloup.

L'examen histologique révèle la nature carcinomateuse de la tumeur ; développement anormal du tissu fibreux, état qui pourrait peut-être être attribué à l'influence de la syphilis.

OBS. LIII (résumée). — *Syphilis antérieure. — Testicule syphilitique. — Guérison, puis sarcome encéphaloïde du même testicule. — Castration*[2].

Georges P..., trente-cinq ans. Chancre passé inaperçu. En 1868, engorgement des ganglions du cou, qui cède au traitement mercuriel. En 1870, contusion, sur le pommeau de la selle, du testicule droit qui reste dur et irrégulier. Un médecin diagnostique un testicule syphilitique et donne l'iodure de potassium et le mercure en frictions. Au bout de plusieurs mois, retour du testicule à sa première forme. Durant toute cette période, pas de douleurs.

En décembre 1875, arthrite du genou qui résiste au traitement spécifique et disparaît par l'application des pointes de feu.

1. Herpin, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1876, p. 130.
2. Meunier, *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1881.

En 1879, iritis et plaques cuivrées de la région antérieure de la poitrine. Iodure de potassium et mercure ordonnés par M. Sichel. Guérison.

En 1880, des douleurs apparaissent dans le testicule et le bas-ventre. Reprise du traitement, qui ne produit aucune amélioration. Le testicule augmente de jour en jour; formation d'une hydrocèle. Ponction. Injection iodée. Formation de plusieurs abcès, qui, incisés, donnent issue à du sang noirâtre et à des débris membraneux. Le testicule augmente de volume. Nouveaux abcès. Fistules. Apparition de masses fongueuses rouges, suintant continuellement. Plusieurs hémorrhagies.

Le 29 juin, testicule du volume des deux poings. Forme ovoïde, coloration violacée, consistance ferme en certains points, ramollie et presque fluctuante en d'autres, surface irrégulière et bosselée.

Ablation. L'examen microscopique montre que la tumeur doit être rangée dans la classe des sarcomes.

Obs. LIV (résumée). — *Syphilis antérieure. — Cancer encéphaloïde du testicule*[1].

Nar..., trente-cinq ans, entre le 21 mars 1872, pour une tumeur du testicule gauche, dans le service de M. Verneuil. Il y a douze ans, chancre induré, plaques muqueuses, etc. Blennorrhagie légère il y a deux ans, sans orchite; à la suite, grosseur du volume d'une noisette, accolée à la partie externe du testicule gauche; dure, indolente, elle se confond avec la glande, qui a progressivement augmenté de volume et semble s'être ramollie depuis deux ou trois mois; de temps en temps, rougeur au scrotum avec quelques élancements, mais sans véritables douleurs.

A l'entrée à l'hôpital, pas d'amaigrissement, pas de tuméfaction ganglionnaire ; aucun accident syphilitique ; cordon sain.

La tumeur est grosse comme un œuf de dinde, régulière, sans bosselures, élastique et fluctuante comme une hydrocèle bien tendue, sans transparance. L'épididyme n'est pas distinct ; à la partie postérieure de la tumeur, existe une masse un peu allongée et dure. Pas de douleurs à la pression ; la sensation testiculaire spéciale a disparu depuis quinze mois ; scrotum tendu, lisse, mobile, sillonné de grosses veines. A la partie supérieure de la tumeur, masse saillante, molle, très fluctuante, analogue à un kyste.

Ablation le 4 avril. Dans les jours qui suivent, amaigrissement.

1. Nepveu, *Tumeurs du testicule*, 1872.

puis engourdissement et œdème du membre inférieur correspondant, dont la peau est le siège d'une dilatation énorme du réseau veineux; la moitié gauche du scrotum présente également une dilatation des veines honteuses externes. Au-dessus du pli inguinal, dans la fosse iliaque, apparaît une tuméfaction ferme, résistante, mobile, profonde et non douloureuse. Le malade quitte l'hôpital le 4 mai.

L'examen histologique, pratiqué par M. Nepveu, démontre la nature cancéreuse de la tumeur, variété encéphaloïde.

Obs. LV (résumée). — *Syphilis antérieure.* — *Tumeur encéphaloïde du testicule* — *Généralisation.* — *Mort*[1].

Bardez, quarante-quatre ans, transporté à l'infirmerie de Bicêtre; douleurs dans les reins et le ventre; tumeur dure, volumineuse du testicule droit. Mort.

L'autopsie démontre une tumeur encéphaloïde du testicule avec généralisation à la colonne vertébrale, etc.

Obs. LVI. — *Syphilis antérieure.* — *Encéphaloïde du testicule*[2].

Homme de quarante-quatre ans, qui avait eu des accidents syphilitiques trois ans auparavant, et qui faisait remonter à cette date l'apparition de la tumeur.

Celle-ci présente un degré tel de ramollissement, qu'elle a été prise pour une hématocèle ou un kyste. Il y avait une hémorrhagie dans la substance morbide.

En se basant sur l'époque à laquelle est survenue la tumeur cancéreuse après la lésion syphilitique antérieure, on constate que les faits se partagent en deux groupes. Dans le premier se rangent les cas dans lesquels le cancer s'est manifesté très peu de temps, et quelquefois même sans intervalle, après le sarcocèle syphilitique. Le second groupe comprend les malades qui ont gardé un testicule normal pendant quelques années, entre les deux états morbides.

Quelle que soit la date d'apparition du cancer, nous restons convaincu que la syphilis a été une cause occasionnelle et puissante l'appel; si le fait est évident, lorsqu'on voit le néoplasme succéder immédiatement au syphilome ayant créé le *locus minoris resistentiæ* dans les autres cas, l'hypothèse est presque une certitude, car cette région possède une notable disposition à l'éclosion du cancer,

1. Noël, *De l'hybridité morbide.* Th de Paris, 1878, obs XI.
2. Boucher, *Bull. de la Soc. anat.*, janvier 1865.

C'est bien souvent à la suite d'excès, de surmenage, de prouesses érotiques (M. Fournier) que débute le sarcocèle syphilitique. L'organe affaibli offre à la syphilis un terrain bien préparé[1] dont elle s'empare et qu'elle n'abandonne qu'après y avoir causé des ravages irréparables. La résistance est réduite au *minimum* et la localisation de la diathèse cancéreuse latente rendue facile.

En règle générale, on trouve, pour le testicule hybride, la même indolence que dans les autres parties du corps ; lorsque des douleurs ont été mentionnées, le traitement spécifique les a fait disparaître (Obs. LI) ce qui ne peut faire douter de leur origine vénérienne, ou elles n'ont fait irruption qu'à la dernière période, lorsque la diathèse syphilitique était véritablement annihilée. Dans ces circonstances, elles n'étaient donc imputables qu'à une seule maladie et non plus à l'alliance des deux états morbides.

L'observation LII nous paraît un exemple d'hybridité assez nette pour être spécialement signalée. Les symptômes en effet doivent être rattachés aux deux diathèses, dont l'une, la syphilis, après avoir tout d'abord tenu le premier rang, a disparu en apparence, mais non réellement ; car, par l'examen histologique, on a reconnu que la tumeur testiculaire était de nature carcinomateuse, il est vrai, mais qu'elle offrait en outre un développement anormal de tissu fibreux, que l'auteur attribue à l'influence de la syphilis.

Nous n'avons relaté les autres observations que pour grossir la liste des cancers développés chez les syphilitiques, et pour montrer que l'association n'est pas très rare.

HYBRIDITÉ CANCÉRO-SYPHILITIQUE DE DIVERSES RÉGIONS ET DE DIVERS ORGANES : ANUS, RECTUM, FOIE, VESSIE, ETC.

OBS. LVII (résumée). — *Syphilis antérieure. — Rétrécissement cancéreux double du rectum. — Ablation de la masse inférieure. — Obstruction intestinale. — Mort*[2].

Homme, cinquante-cinq ans, constitution nerveuse, bonne santé jusqu'en 1851, époque à laquelle il contracte la syphilis. Accidents secondaires bénins.

1. Reclus. *Syphilis du testicule*, p. 81, 1882.
2. Marchand, *De l'extirpation du rectum*. Th. de doct. Paris, 1873.

Depuis un an, selles difficiles, sans douleurs d'abord. De jour en jour la difficulté de la défécation augmente et ne cède qu'aux laxatifs; bientôt selles sanguinolentes, douloureuses; en dehors des selles, pas de douleurs. Aucun phénomène d'obstruction intestinale. Amaigrissement depuis quatre mois. Écoulement séro-purulent assez abondant par l'anus.

Aucune lésion, aucune déformation anale. Malgré une très vive douleur le doigt franchit l'orifice avec facilité et pénètre dans l'extrémité inférieure du rectum qui a conservé ses dimensions normales, mais dont les parois sont complètement indurées, de sorte qu'il paraît tranformé en un tube rigide sans aucune bosselure, ni saillie quelconque en dedans ou en dehors de ces parois. La muqueuse a conservé son intégrité. Pas d'inégalités, pas d'ulcération; à la partie supérieure de la portion indurée, à 5 ou 6 centimètres de l'anus, le doigt arrive sur un rétrécissement circulaire bien limité qui admet à peine la dernière phalange. État général assez bon.

Ablation faite par M. Léon Labbé. Pendant quinze jours aucun accident, puis obstruction intestinale, qui amène la mort en quelques jours.

Autopsie. — Le rectum est rétréci circulairement, au-dessus du point enlevé, par une infiltration squirrheuse de ses parois, et une masse néoplasique adhérente aux tissus voisins. L'excision avait donc porté sur des tissus sains, mais il existait une double production pathologique, séparée par une zone d'intestin intact.

Obs. LVIII (résumée). — *Syphilis antérieure. — Chute du rectum. — Dégénérescence cancéreuse. — Opération. — Mort cinq jours après*[1].

F... Foy, quarante-neuf ans, de constitution assez forte. A vingt-cinq ans, blennorrhagie uréthro-vaginale, accompagnée de chancres les parties génitales et de végétations à la marge de l'anus. Cullerier prescrit la liqueur de van Swieten et l'onguent napolitain.

A vingt-six ans, sans coït anormal, végétations et larges ulcérations au pourtour de l'anus; traitement des ulcérations par le fer rouge et des végétations par l'excision répétée. Fistule anale consécutive. La malade quitte l'hôpital, malgré la persistance des ulcérations péri-anales.

Pendant dix-huit ans, plusieurs hémorrhagies par l'anus et gêne au moment des garde-robes. A quarante-quatre ans, ménopause et,

1. Vernois, *Journal de médecine et de chirurgie*, t. XI, p. 525, 1833.

pendant quatre ans, douleurs anales, élancements dans le rectum, pertes sanguines par l'anus.

A quarante-huit ans, chute du rectum. L'année suivante F... rentre de nouveau au Midi. Affaiblissement très grand. Selles liquides, fréquentes, involontaires.

A la région anale, tumeur de 3 pouces de long sur 2 1/2 de diamètre. De couleur rouge brun, fongueuse en quelques endroits, elle a la consistance du tissu fibreux ou du cartilage; douloureuse au toucher, saignant facilement; recouverte d'un mucus sanieux et de matières fécales. A son sommet, incliné à gauche, orifice étroit, formé par le bout de l'intestin renversé, d'où s'échappent les excréments. Au-dessus, muqueuse rectale saine.

En résumé, l'aspect de cette dernière altération du rectum, évidemment vénérienne dans le principe, avait totalement changé et subi une véritable dégénérescence cancéreuse.

Pendant dix-sept jours, traitement au proto-iodure sans résultat. Opération. Péritonite. Mort.

Obs. LVIII (résumée). — *Carcinome de l'estomac et du foie chez une femme en puissance des diathèses syphilitique et tuberculeuse* [1].

Caroline B..., quarante-neuf ans. Syphilis il y a vingt-cinq ans; traitement énergique à plusieurs reprises pour accidents secondaires: plaques muqueuses buccales, anales, etc.

En 1871, paralysie du voile du palais, traitée et guérie par l'iodure de potassium.

Depuis quatre mois (octobre 1875) vomissements noirâtres, douleurs épigastriques; amaigrissement graduel : mort le 27 novembre.

A l'autopsie : dégénérescences tuberculeuse dans les poumons et cancéreuse dans l'estomac et dans le foie.

Obs. LX (résumée). — *Syphilis antérieure. — Cancer du foie.*

Chevalier, trente-six ans; pendant la jeunesse, excès de tous genres : chaudepisse, chancre, bubons. Ne sait pas s'il a pris du mercure à l'intérieur, mais il a employé l'onguent napolitain à l'extérieur.

Mort par gangrène pulmonaire.

A l'autopsie, cancer du lobe gauche du foie [2].

1. Béhier, *Moniteur de médecine*, de Menière, 1876.
2. Noël, *De l'hybridité morbide*. Th. de Paris, 1878, obs. X.

Obs. LXI (résumée). — *Cancer de l'estomac.* — *Syphilis tertiaire du foie.* — *Tuberculose pulmonaire*[1].

Antoine L..., quarante-trois ans. En 1848, chancre infectant, roséole et autres accidents secondaires. Traitement mercuriel. Sept ans après, nouvelle éruption, guérie par le même traitement.

A partir de 1866, étourdissement et céphalalgie de temps en temps pendant quelques années.

En 1871, hémoptysies et apparition des signes de tuberculose pulmonaire.

27 avril 1876. — Grande pâleur, faiblesse, amaigrissement.

Volume considérable du ventre; œdème des membres inférieurs; palpation abdominale douloureuse; foie petit.

Signes de tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Au niveau du cartilage de la septième côte, tumeur du volume d'une amande, indolore, glissant librement sous la peau. Autre tumeur analogue à l'angle postérieur de la dixième côte.

5 mai. — Augmentation du volume du ventre. Dyspnée, ponction : quatre litres de sérosité rougeâtre. Au-dessous de l'ombilic, empâtement profond, tumeur mal limitée, dure et douloureuse.

Autopsie le 17 mai. — Tubercules et cavernes pulmonaires. Noyaux cancéreux disséminés du péritoine. Cancer de la petite courbure de l'estomac. Foie syphilitique (examen fait par M. Rendu). Nodosités carcinomateuses dans les muscles.

Obs. LXII (résumée). — *Syphilis antérieure ignorée.* — *Symptômes de caverne pulmonaire.* — *Cancer du foie.* — *Tuméfaction de la rate.* — *Ascite.* — *Ponction.* — *Mort*[2].

Charlotte P..., cinquante-neuf ans ; toux, oppression et depuis quelques semaines douleurs dans l'abdomen, qui a augmenté de volume. Poumons emphysémateux; épanchement pleurétique à gauche, et à droite, signes d'une caverne pulmonaire. Foie douloureux et augmenté de volume, ainsi que la rate. Épanchement ascitique nécessitant, après quelques jours, une ponction qui permet de sentir sur le foie induré de grosses bosselures douloureuses, de nature probablement cancéreuse.

A l'autopsie, dilatation bronchique sans tubercules, épanchement dans la plèvre et dans le péritoine. Rate tuméfiée.

1. *Bul. de la Soc. anat.*, mai 1876, et Th. de Mazaud, *Des nodosités sous-cutanées dans le cancer viscéral*, Paris, 1877.
2. Frerichs. *Traité des mal. de foie*, 2e éd., p. 659.

Foie diminué de volume; à la surface du lobe gauche, saillies ayant uniformément le volume d'un pois; séreuse opaque, parenchyme compacte, granulé. Sur le lobe droit, dépressions profondes et nombre égal de bosselures blanchâtres; sur le bord tranchant, tumeur grosse au moins comme une noix; tumeur semblable sur la face concave. A la coupe, parenchyme blanc, compact, présentant à l'instrument tranchant la résistance du tissu fibreux; on ne trouve plus le parenchyme hépatique granulé que dans un petit nombre de points. La masse blanchâtre est formée de tissu conjonctif très dense, entremêlé de noyaux cancéreux. La substance cancéreuse, d'un blanc grisâtre, homogène, offre une faible résistance et fournit beaucoup de suc laiteux. Le voile du palais présente deux cicatrices blanchâtres.

Ce cas, d'après l'auteur, démontre le développement du cancer dans un foie atteint d'induration consécutive à une inflammation syphilitique.

Obs. LXIII (résumée). — *Syphilis antérieure. — Cancer encéphaloïde des ganglions bronchiques, des poumons, du cœur et du foie*[1].

Élisabeth B..., quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital le 13 septembre 1875. Pas d'antécédents héréditaires. Parmi les maladies antérieures on note une éruption cutanée, des ulcérations dans la gorge, la perte des cheveux, accidents qui, ajoutés à quelques cicatrices au-devant du coude droit, font admettre une syphilis antérieure.

La malade entre une première fois (octobre 1875) à l'hôpital pour des douleurs siégeant dans le côté gauche du thorax et dans le bras; signes stéthoscopiques d'induration à la région sous-clavière gauche. Expectoration d'un peu de sang. Au niveau de la septième vertèbre cervicale, tumeur dure, comme osseuse, au-dessus du bord supérieur du trapèze. Après quelques jours de traitement, B... quitte l'hôpital et y rentre, émaciée, en mars 1876. On constate sous la clavicule gauche, outre une très grande sensibilité à la pression, des glandes du volume d'une mandarine et les signes d'une tumeur occupant le poumon gauche. Dans les crachats, leucocytes sans cellules cancéreuses; pas de sang. Morte d'asthénie.

L'autopsie, faite par le Dr Sutton, révèle la présence de noyaux cancéreux dans les ganglions sous-claviculaires, dans les ganglions bronchiques, les poumons, le cœur et le foie.

1. Batthurst Woodman, *The Med. Times and Gazette*, 15 avril 1876, t. I.

OBS. LXIV. — *Syphilis antérieure. — Cancer de la vessie*[1].

M. H..., cinquante-huit ans, entre à New-York Hospital le 16 septembre 1882. Syphilis avouée. Pas de blennorrhagie. Il y a trente-cinq ans, accidents analogues à ceux qu'il présente actuellement; traité à l'hôpital, il en sortit dans un état de santé satisfaisant.

Il y a dix mois, miction difficile et fréquente : urine très colorée, qu'il dit avoir été chargée de sang. Après quelques alternatives de mieux et de pire, la miction devient plus difficile et à l'entrée l'urine présente la réaction acide, de l'albnmine et du pus.

27 septembre. — Lavages à l'acide borique fort douloureux. L'urine qui séjourne dans la vessie est très fétide, fortement ammoniacale, chargée de mucus, de pus et d'épithélium desquamé.

Le 30. Aggravation des symptômes : forte hémorrhagie pulmonaire.

Mort le 1er octobre.

Autopsie. — On trouve dans la vessie un épithélioma, sous forme d'une masse charnue, fortement attachée à la muqueuse, située en arrière du trigone et obstruant l'uretère gauche.

OBS. LXV. — *Syphilis antérieure. — Épithélioma du cou*[2].

J. S..., soixante-treize ans. Bonne santé, sauf une syphilis qui paraît guérie. Habitudes alcooliques. Varioloïde il y a douze ans; à la suite de celle-ci, apparition d'un petit bouton indolent, au côté gauche de la région occipitale, à peine saillant, dur au toucher, donnant à la pression un liquide aqueux : cinq ans après, ce bouton mesurait 1/2 pouce de diamètre; depuis trois ans, il a augmenté plus rapidement, et il y a deux mois son sommet s'est ulcéré.

A l'admission, tumeur de 2 pouces de diamètre, s'élevant abruptement au-dessus de la peau environnante. Pas d'adhérences; surface partiellement ulcérée; écoulement inodore, séro-sanguinolent. La partie non ulcérée est lisse et brillante; un peu d'induration; pas de douleurs; pas de réaction inflammatoire des tissus voisins; bon aspect du malade; emphysème pulmonaire.

L'examen histologique, fait par le Dr Ripley, montre qu'il s'agit d'un carcinome épithélial. Ablation de la tumeur. Guérison.

OBS. LXVI. — *Papillome syphilitique d'apparence cancéreuse, couvrant tout le périnée et s'étendant jusqu'au pubis*[3].

1. Par le Dr G.-L. Peabody, *The Med. Record*, New-York, 1882, t. II. p. 612.
2. Dr Ripley, *The Med. Record*, 1881, p. 691.
3. Georges Cowell, *The Lancet*, 1881, t. II, p. 365.

Charles H..., trente-neuf ans, ancien soldat. En 1870, au côté droit de l'anus, grosseur qui augmenta graduellement et s'ouvrit deux à trois mois après; puis ulcération qui persista et fut excisée. La guérison survint, mais, quelque temps après, l'ulcération reparut, s'agrandit, et fut cautérisée plusieurs fois avec l'acide nitrique et la potasse. En 1874, entrée à l'hôpital pour un rétrécissement considérable de l'anus, empêchant l'émission des matières fécales solides : incision cruciale et introduction de bougies.

État actuel. — Pâleur des téguments; apparence de cachexie. Une large surface ulcérée, saillante, à base indurée, entoure l'anus, enveloppant tout le périnée et une portion des deux fesses. En arrière elle dépasse la pointe du coccyx; en avant elle va jusqu'à la base du scrotum; deux bandes saillantes et étroites, de même aspect, s'étendent de chaque côté entre le scrotum et les cuisses, et se rencontrent au-devant du pubis. Une ulcération semblable, à concavité tournée vers l'ombilic, forme un demi-cercle parallèle au ligament de Poupart : ainsi l'ulcération, exactement symétrique, entoure complètement les bourses et la racine de la verge, la plus grande partie étant en arrière du scrotum, autour de l'anus. Les granulations de la tumeur sont pâles et irrégulières; peu de suppuration.

Cowell rejette le papillome simple et le lupus, et discute le diagnostic de la syphilis et du cancer; il invoque en faveur de celui-ci l'apparence cachectique du malade, la couleur grise, sale, l'irrégularité des granulations, le caractère envahissant de l'ulcération, sans tendance à la réparation, et enfin l'absence d'antécédents syphilitiques; mais contre le cancer : l'absence d'antécédents héréditaires et de complications ganglionnaires, l'âge du malade et ce fait que son aspect cachectique peut être expliqué par le séjour aux pays chauds et par la suppuration prolongée.

Malgré la négation d'antécédents syphilitiques, M. Cowell institue le traitement mixte, et la guérison survient.

OBS. LXVI (Résumée). — *Gomme de l'aine droite prise pour un carcinome. — Extirpation incomplète. — Pyohémie. — Mort.*

Femme de quarante-deux ans, bien portante; nie toute syphilis: chute des cheveux il a quatre ans. En juin 1879, tumeur indolore, de la grosseur d'un haricot, dans l'aine droite. En septembre, douleurs intenses, cuisantes, à la face interne de la cuisse, dont les mouvements sont gênés et douloureux.

En novembre, tumeur arrondie, grosse comme le poing, se prolongeant au-dessous de l'arcade crurale, inégale et immobile, de sorte

qu'il est probable qu'elle adhère au paquet vasculo-nerveux crural.

Diagnostic : carcinome ou sarcome.

24 novembre. Extirpation incomplète, parce qu'il aurait fallu intéresser les vaisseaux fémoraux.

Mort de pyohémie le 18 décembre.

L'examen histologique fait par Virchow prouve que c'était une gomme[1].

Obs. LXVII (Résumée). — *Gomme de la partie latérale du cou prise pour un carcinome. — Extirpation avec les veines jugulaires communes. — Guérison*[2].

Femme de cinquante-trois ans, issue d'un père mort de cancer de l'estomac. Nie tout accident syphilitique.

Tumeur sur la partie droite du cou, au niveau du cricoïde, dure, grosse comme un œuf de poule, adhérente aux parties profondes. Rougeur de la peau. Douleurs spontanées nulles, mais provoquées par la pression. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Diagnostic : carcinome.

Extirpation. — Examen de la tumeur : couleur gris jaunâtre, pauvre en vaisseaux. Pas de suc à la coupe. Rien ne permettant de distinguer le syphilome et le sarcome, on crut à un carcinome.

Deux ans plus tard : langue gonflée ; ulcérations sur le dos de l'organe et le voile du palais ; perforation de celui-ci.

L'année suivante, sur la joue gauche, tumeur indolore un peu rougeâtre, qui se transforma en ulcère rongeant et guérit sans traitement médical.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES RAPPORTS DU CANCER ET DE LA SYPHILIS, ET SUR LEUR INFLUENCE RÉCIPROQUE.

Parmi les maladies constitutionnelles qui se rencontrent sur le même individu, quelques-unes suivent leur cours d'une façon tout à fait distincte ; on ne les voit jamais offrir entre elles de relations, ni subir de mutuelles modifications ; par contre, certaines autres ne restent pas indépendantes et présentent une solidarité que l'on ne peut mettre en doute.

1. Langenbeck, *Ueber Gummigeschwülste, Granulome, Syphilome*, etc., 1881.
2. *Ibid.*

Jusqu'à cette époque on a rangé le cancer dans la première catégorie, en se basant sur ce fait qu'il ne paraît guère influencé par la plupart des diathèses, ce qui est vrai en général, mais ce qui devient faux, lorsqu'il se développe sur un terrain syphilitique.

Comme dans toute combinaison morbide, la présence simultanée de ces deux diathèses soulève un certain nombre de questions, auxquelles il est actuellement, à peu près impossible de répondre, sous peine d'entrer dans le champ des hypothèses et de s'exposer à recevoir un démenti des faits ultérieurs.

Néanmoins, si ces connexions ont jusqu'à ce jour peu attiré l'attention, si leur étude n'est encore qu'à l'état d'ébauche, nous ne pensons pas encourir de reproche en faisant, dès maintenant, ressortir les conséquences qui découlent des observations précédentes et montrent comment le cancer et la syphilis s'influencent réciproquement.

Influence du cancer sur la syphilis. — La diathèse cancéreuse latente ou manifeste a-t-elle quelque action sur le développement de la syphilis ? Telle est la première question qui se présente. D'abord, en ce qui touche le développement des accidents syphilitiques héréditaires, on est réduit à un mutisme absolu, parce qu'ils se manifestent d'habitude à un âge peu avancé, par conséquent avant l'éclosion des lésions cancéreuses, et que rien n'indique dans la jeunesse que l'on soit en puissance de la diathèse maligne.

Mais lorsque les deux maladies ne sont plus héréditaires, ou du moins que la syphilis a été acquise, deux cas peuvent se présenter : tantôt l'infection vénérienne remontant à une époque éloignée, a été convenablement traitée, et pendant un temps assez considérable, aucun accident ne s'est fait jour; si le cancer survient alors, il se montre avec ses caractères ordinaires et évolue comme si le terrain n'avait jamais été syphilitique; il occupe seul la place, la première maladie étant depuis longtemps éteinte, ou bien il s'empare de l'organisme tout entier.

N'y a-t-il, au contraire, que quelques années d'intervalle entre la contamination vénérienne et l'apparition du carcinome, ce dernier peut rester apparemment solitaire; mais c'est là une exception : le plus souvent il est une cause de rappel des manifestations spécifiques, qui apparaissent soit à distance, soit plutôt dans le point déjà envahi par l'autre dégénérescence. Ces cas constituent quelques variétés de l'hybridité, dont nous avons essayé de tracer le tableau.

Jusqu'alors nous n'avons eu en vue que les manifestations tertiaires, ce qui s'explique naturellement, les chances de coïncidence

des deux maladies étant beaucoup plus fréquentes à cette période tardive de la syphilis. Cette dernière est primitive et le cancer secondaire, c'est là la règle. Cependant il peut arriver qu'un cancéreux contracte un chancre ou soit atteint d'accidents secondaires. Nous en avons observé un exemple chez une femme, dont la mamelle était déjà le siège d'une tumeur épithéliale. C'est d'ailleurs le seul cas que nous avons pu recueillir, ce qui n'a pas lieu de surprendre, car l'âge du cancer n'est pas, sauf exception, l'âge des amours. Chez cette malade, la diathèse acquise tardivement n'a offert ni plus ni moins de gravité que chez tout autre sujet. Mais en revanche elle paraît avoir donné un coup de fouet à la tumeur mammaire.

Influence de la syphilis sur le cancer. — Cette seconde partie renferme des données plus nombreuses sur l'influence que la syphilis exerce sur le développement et la marche du cancer.

De l'avis presque unanime des auteurs, le poison vénérien engendre dans l'économie une tare, dont les traces apparentes peuvent, il est vrai, disparaître, mais qui souvent persiste après avoir produit des altérations de nutrition générales ou locales. Bien qu'ayant été éprouvé dans sa jeunesse par la syphilis, si l'on ne recèle aucun germe de maladies héréditaires, on peut dans la suite rester exempt de toute manifestation morbide. Mais quand le contraire existe, et si l'on appartient à une famille cancéreuse, il y a des chances pour qu'un jour ou l'autre la tumeur néoplasique apparaisse là où la syphilis a sévi le plus longtemps et avec le plus d'intensité, c'est-à-dire dans les points devenus *loci minoris resistentiæ*. Dans quelques-unes de nos observations le fait paraît évident, et il est à remarquer que le néoplasme s'est développé peu de temps après la guérison des lésions syphilitiques, et s'est révélé sous forme de foyers multiples, mode rare de manifestation épithéliale, à la production duquel l'infection vénérienne n'a pas dû rester étrangère.

D'autres fois le cancer ne succède pas immédiatement aux accidents spécifiques; ainsi dans la région buccale, pendant une période plus ou moins longue, il peut être précédé de lésions psoriasiformes; mais dans les deux circonstances. il n'en faut pas moins accuser la syphilis d'avoir, par suite de l'altération locale qu'elle a provoquée, diminué la résistance des tissus qu'elle a atteints, et ainsi favorisé l'apparition du néoplasme.

Lorsque coexistent dans un organe les lésions des deux maladies, chacune d'elles perd son caractère d'individualité, et, en s'associant

et se combinant, forment un tout qui représente leurs attributs réunis. Nous l'avons vu pour la langue, l'amygdale, etc., où l'entité morbide a une physionomie propre et franchement caractérisée; sur d'autres points du corps, les caractères physiques ne sont pas aussi distincts; ils sont, si l'on peut ainsi s'exprimer, moins la peinture d'un état mixte, que l'image amoindrie de chaque lésion.

Parmi les symptômes fonctionnels qui éprouvent des modifications, nous devons en premier lieu rappeler la douleur, dont l'atténuation est ordinairement très marquée, et dont il n'est même pas rare de constater l'absence complète. Il est vrai qu'on peut objecter qu'un certain nombre de cancers ne sont pas douloureux et qu'alors on ne doit pas accorder à la syphilis cette puissance anesthésiante. Nous ne contestons pas la valeur de cette objection, tout en faisant remarquer que l'indolence, très exceptionnelle pour les cancers de la langue en particulier, paraît être la règle chez les cancéreux syphilitiques. S'il en est quelquefois autrement, il faut alors rapporter les phénomènes douloureux soit à une compression ganglionnaire, soit à la syphilis, mais non au néoplasme, lorsqu'ils cèdent au traitement spécifique.

En notant encore que la tuméfaction ganglionnaire reconnaît parfois une double origine, ce que prouve sa diminution sous l'influence de la médication iodurée, nous devons rappeler le ralentissement qu'éprouve la marche du cancer, quand les accidents tertiaires s'unissent à lui; quand la syphilis est plus jeune, peut-être est-ce le contraire, ainsi que le ferait supposer l'une de nos observations. Mais, sauf cette exception, elle semble, dans la majorité des cas, arrêter les progrès de l'autre maladie; il est vrai que son influence n'est que temporaire, car elle est bientôt vaincue par sa rivale, qui devient d'autant plus puissante que le traitement spécifique agit davantage, et qui bientôt reste maîtresse du terrain jusqu'au dernier moment.

En résumé, bien qu'il n'y ait pas entre le cancer et la syphilis un échange égal d'influences, il n'en existe pas moins entre les deux diathèses des relations intimes, qui consistent en modifications apportées à l'évolution naturelle de chacune d'elles.

CONCLUSIONS.

1° L'association du cancer et de la syphilis constitue un état mixte, une hybridité pathologique bien définie.

2° Dans la cavité buccale (langue, amygdale, etc.), elle revêt trois formes anatomo-pathologiques :

A. Cancéro-scléreuse ;

B. Cancéro-gommeuse;

C. Cancéro-scléro-gommeuse;

et se caractérise par des symptômes fonctionnels particuliers.

3° Le diagnostic en est le plus souvent facile ; il se déduit de la solution des questions suivantes :

a. Quelle est la nature de la tumeur?

b. Quelle est la nature de l'ulcération ?

c. Si cette dernière est multi-diathésique, quelle est la variété d'hybridité ?

4° Le traitement ioduré produit parfois une amélioration momentanée évidente.

5° Dans les autres régions du corps, l'hybridité se rencontre également, mais ses caractères paraissent moins accusés.

6° Il existe, dans quelques cas, une relation intime entre le cancer et la syphilis : les deux diathèses, en s'influençant réciproquement, donnent lieu à des manifestations hybrides.

Le cancer rappelle la syphilis, sans paraître lui communiquer de gravité.

La syphilis crée des lieux de moindre résistance, qui favorisent le développement du cancer, dont elle modifie la physionomie habituelle et agit sur les troubles fonctionnels, en particulier sur la douleur, qu'elle atténue ou abolit. Après avoir provoqué l'apparition du néoplasme, elle semble en retarder pendant quelque temps la marche. Mais, plus tard, elle disparait de la scène et laisse le champ libre au cancer, qui reprend toute sa gravité [1].

1. M. Ozenne fait suivre sa thèse d'un index bibliographique étendu dans lequel il rappelle tous les auteurs qu'il a cités, tous les mémoires et recueils périodiques qu'il a consultés avec ou sans résultats. Nous ne reproduisons pas ce document, que le lecteur désireux de remonter aux sources retrouvera facilement dans la thèse originale.

APPENDICE

[J'ai reproduit en entier, ou en la condensant à peine dans certains points, l'importante thèse du Dr Ozenne, parce que la majeure partie des observations ont été tirées de mes cartons ou recueillies dans mes salles, et surtout parce que la question de l'hybridité cancéro-syphilitique y est clairement exposée et judicieusement discutée.

Désormais cette forme pathologique doit prendre droit de domicile dans nos cadres classiques; c'est du moins l'opinion d'une grande autorité dans la matière, je veux parler de mon élève et ami le professeur Fournier, qui partage complètement mes opinions sur les hybrides syphilitiques, qui les reconnaît à première vue, et qui les montre quotidiennement à ses élèves (ce dont je lui sais grand gré, comme on peut le croire).

J'ai également converti la plupart de mes élèves et plusieurs de mes collègues, deux au moins à qui, en 1884, est arrivé ce qui suit.

Un malade atteint simultanément à la langue d'épithélioma et de gomme ulcérée, c'est-à-dire de la seconde forme d'hybridité, était couché à l'hôpital de la Charité, où on passait le cinquième examen de doctorat. Un premier agrégé en chirurgie, fort instruit d'ailleurs et faisant fonctions d'examinateur, vit le patient, le déclara nettement affecté de cancer de la langue et le donna comme tel au candidat.

Deux jours après, le même malade servant à un autre examen fut catégoriquement considéré comme affecté de glossite gommeuse par un autre agrégé en chirurgie, non moins distingué que le premier. Instruit de ce désaccord, j'allai voir le sujet, qui offrait un exemple parfait de la forme cancéro-gommeuse.

Plusieurs fois déjà, de simples docteurs qui avaient suivi mon service m'ont adressé des malades chez lesquels ils avaient parfaitement reconnu l'hybridité. Voici l'un de ces cas, attestant que le plus ordinairement il suffit d'être prévenu pour porter sûrement et promptement le diagnostic.]

Obs. I. — *Syphilo-épithélioma du voile du palais; amélioration de l'ulcération par l'iodure de potassium; **ablation avec le thermo-cautère. — Récidive. — Généralisation. — Mort.***

Un boulanger, de trente-neuf ans, vigoureux et présentant les

apparences de la santé, me fut envoyé en 1885 par un jeune médecin du quartier. Il portait à la face antérieure, inférieure et droite du voile du palais, une ulcération d'un centimètre et demi de diamètre, saillante à la circonférence, plane au centre et ne dépassant pas l'épaisseur de la muqueuse; d'ailleurs indolente ou gênant à peine la déglutition; elle datait au plus de quatre semaines. Peu après son début, elle semblait plus creuse, avec des bords taillés à pic et festonnés simulant tout à fait une gomme récemment ouverte. D'après l'indolence, l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'existence avouée d'une syphilis contractée vers 1882 et imparfaitement soignée, le médecin consulté diagnostiqua une ulcération tertiaire et institua le traitement par le proto-iodure et l'iodure de potassium.

Les premiers effets furent très satisfaisants. En quelques jours l'aspect de la plaie devint meilleur, le fond se détergea et se combla; les bords se changèrent en un bourrelet papilliforme un peu ferme au toucher et la tuméfaction de la muqueuse se dissipa aux alentours. Malheureusement les choses en restèrent là et l'ulcération métamorphosée ne fit plus aucun progrès vers la guérison. Notre jeune confrère, soupçonnant un cas d'hybridité comme il en avait vu dans mes salles, suspendit le traitement spécifique et m'envoya le malade.

L'ulcération ressemblait plus alors à un épithélioma qu'à une gomme; pour ne point faire d'erreur, je fis examiner au microscope des bourgeons de la circonférence, qui furent trouvés formés d'épithélium.

Sans perdre de temps, je fis avec le petit thermocautère courbe l'ablation large de l'ulcération en détruisant la muqueuse dans toute son épaisseur. Une belle cicatrice, lisse et bientôt souple, se forma et pendant plus de quatre mois l'opéré, qui venait nous voir de temps en temps, parut complètement guéri.

Mais alors la cicatrice se tuméfia et devint un peu livide; en même temps une induration de mauvaise nature apparut à son pourtour, se propagea à la racine du pilier antérieur et s'enfonça dans l'épaisseur même du voile. Un ganglion de la gaine carotidienne s'indura en même temps.

Au début de la récidive, le patient, sans demander conseil, avait repris le traitement spécifique, mais s'en était mal trouvé.

Après quelques hésitations, je fis une seconde tentative opératoire portant à la fois sur la tumeur du voile et sur le ganglion: le résultat fut détestable.

Une seconde récidive se développa très rapidement, avec resserrement spasmodique des mâchoires, difficulté extrême d'avaler, douleurs intenses dans les oreilles, tuméfaction du cou, etc. La mort survint trois mois à peine après ma seconde opération.

La maladie a suivi dans ce cas la marche la plus ordinairement observée dans l'hybridité syphilo-cancéreuse; le traitement de la syphilis tertiaire, forme revêtue par la lésion buccale, avait d'abord très amélioré cette lésion; mais l'élément cancer, continuant sa marche progressive, n'avait pas tardé à se manifester sous forme d'une récidive qu'on crut d'abord syphilitique et qui malheureusement était cancéreuse. Le traitement spécifique fut dès lors impuissant, aggrava même le mal, et l'intervention chirurgicale elle-même ne donna pas un meilleur résultat.

Des particularités à peu près semblables furent constatées encore dans le cas suivant :

Obs. II. — *Syphilo-épithélioma de la langue apparu à la suite d'une brûlure; amélioration passagère par l'iodure de potassium: puis aggravation rapide. — Mort.*

François, cordonnier, soixante-six ans, entre dans mon service à la Pitié, le 22 février 1887. Mère morte à soixante-douze ans de bronchite aiguë, père mort à cinquante-cinq ans de cause inconnue; trois frères ont succombé à la phthisie. Santé habituellement bonne; a beaucoup fumé jadis. En 1840, chancre traité avec des pilules; plus tard, éruption jaunâtre sur le cou et le front.

En novembre 1886, brûlure de la langue en mangeant; pendant quelques jours, douleur et difficulté de la mastication, puis apparition sur la partie latérale droite de la langue d'un bouton blanchâtre, qui augmente progressivement de volume, ainsi du reste que l'organe entier. Un pharmacien délivre un gargarisme qui augmente le mal!

État actuel : haleine d'une odeur insupportable; la langue, considérablement tuméfiée, présente à la vue et au toucher plusieurs nodosités dures. La surface reste normale à gauche et à la pointe. A 3 centimètres de cette dernière, sur la ligne médiane, ulcération très superficielle de la largeur d'un franc et siégeant sur le sommet d'une nodosité; plus en arrière encore, toute la partie latérale droite de la langue est recouverte d'une fausse membrane assez épaisse, d'un blanc jaunâtre, adhérente au tissu lingual sous-jacent, lequel paraît un peu ramolli. Le plancher de la bouche est intact; la langue n'y est point fixée et sort sans peine au dehors; aux régions

sus-hyoïdiennes et sous-maxillaires des deux côtés, plusieurs ganglions engorgés; l'un d'eux, à droite, est très dur.

Dans les jours qui suivent, la partie recouverte d'une fausse membrane, et où avait paru le premier bouton, s'ouvre spontanément en donnant issue à d'abondantes matières puriformes; il en résulte, à droite et vers le tiers moyen, une ulcération à bords irréguliers, déchiquetés, sorte de caverne admettant le bout du doigt, dont le fond est plus large que l'orifice et dont les parois bien qu'inégales ne sont point végétantes. La formation de la caverne a amené une diminution dans le volume total de la langue, qui reste cependant indurée sauf sur le bord gauche et la face inférieure. Les douleurs sont à peu près nulles; le toucher, bien supporté, ne provoque point d'écoulement sanguin comme en cas d'épithélioma ulcéré.

Les avis sont très partagés sur le diagnostic; presque tout le monde affirme l'existence d'une gomme et d'une glossite tertiaire. Je soutiens qu'il s'agit d'un hybride, c'est-à-dire d'un épithélioma modifié par la syphilis.

1er mars. — On prescrit l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes; au bout de quelques jours, le malade se trouve beaucoup mieux : la langue a notablement diminué; elle est seulement devenue plus sensible au toucher.

9 mars. — L'amélioration continue; l'induration, en certains points, a diminué ou disparu; la caverne est presque comblée; en revanche le ganglion sous-maxillaire droit a beaucoup augmenté dans l'espace d'une seule nuit, d'après le malade. Je vois là un effet de l'iodure de potassium, qui agit si défavorablement sur l'adénopathie épithéliale.

26 mars. — François, ne souffrant plus et se croyant guéri, demande sa sortie.

— Il rentre à l'hôpital le 17 mai. L'état général est mauvais, l'appétit perdu par suite de l'ingestion continuelle des matières septiques formées dans la bouche et qu'aucun moyen hygiénique ne neutralise. L'état local s'est beaucoup aggravé. La langue fixée au plancher buccal est indurée dans toute son étendue, la partie antérieure seule a peu changé d'aspect, parce que la muqueuse y a conservé ses caractères normaux. L'excavation dorsale a repris sa marche et s'est agrandie par la destruction de son bord droit; elle se continue à présent avec une ulcération profonde du sillon linguo-gingival; toute cette surface est le siège d'une sorte de gangrène moléculaire : enfin une nouvelle caverne s'est creusée à gauche, vers la base de l'organe.

Les ganglions sous-maxillaires à droite adhèrent à la face profonde de la peau. Ils sont fixés à la mâchoire; à gauche, les glandes

forment un amas volumineux : les douleurs, sans être vives, se sont pourtant montrées à la longue ; l'iodure de potassium repris à forte dose les fait disparaître presque immédiatement, mais l'ulcération gagne rapidement jusqu'aux parties antérieures; des fragments de tissu morbide sont frappés de sphacèle, l'état général devient pire que jamais.

Mort le 25 mai. Autopsie interdite.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Je ferai remarquer d'abord la longue période pendant laquelle la syphilis est restée latente, de 1840 à 1886, ou du moins n'a pas donné de signes manifestes de sa présence.

Puis la cause occasionnelle qui a réveillé le mal, une brûlure à la langue. Ce pouvoir excitateur de la brûlure sur la réapparition de la syphilis a déjà été constaté par plusieurs observateurs, et Köbner en a même fait un moyen de diagnostiquer cette diathèse, en pratiquant des cautérisations qui provoquaient l'apparition de manifestations syphilitiques[1]. Chez notre malade, la brûlure a été suivie d'une augmentation immédiate du volume de la langue, qui a fait place ensuite à plusieurs nodosités dures, bientôt ulcérées à leur surface, on ne put plus alors douter de l'existence de gommes de la langue.

Mais, outre les caractères propres aux gommes, on en constatait un autre qu'on ne trouve que rarement dans les manifestations superficielles de la syphilis tertiaire : c'est la douleur, qui a augmenté alors que le volume de la langue et l'induration diminuaient; puis s'y est ajouté l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Alors mon diagnostic, qui avait paru un peu hasardé d'abord à mes élèves, a été pleinement confirmé.

L'administration de l'iodure de potassium a eu des résultats passagers et assez contradictoires; au début, ce médicament parait augmenter les douleurs; à la fin il les fait disparaître alors que l'état du malade est désespéré; au début également, il semble faire augmenter l'adénopathie épithéliale, bien qu'il conserve jusqu'à la fin le pouvoir de diminuer l'induration propre à la syphilis, sans arrêter pour cela l'extension de l'ulcération cancéreuse.

L'emploi de la médication spécifique m'a donné de meilleurs résultats dans l'observation suivante, où il s'agissait d'une tumeur gommeuse, développée à la suite d'une contusion sur un sein atteint

1. *Berliner klin. Wochens.*, 1879, p. 749.

de cancer. Dans ce cas, bien que les renseignements fournis par la malade aient été tout à fait négatifs, je me suis prononcé pour l'hybridité syphilo-cancéreuse en présence des caractères et de la marche de la maladie.

Obs. III. — *Tumeur gommeuse développée sur un sein atteint de cancer. — Amélioration passagère par l'iodure de potassium.*

Roche, quarante-quatre ans, couturière, de petite taille, maigre et débile, entre à la Pitié le 14 mai 1887. Sa mère a succombé à un cancer du sein gauche, son père à une maladie inconnue. Réglée à onze ans et demi, elle a mis au monde et nourri elle-même deux enfants qui jouissent d'une excellente santé, bien que leur père soit mort de tuberculose à l'âge de quarante-quatre ans.

R... n'a jamais eu de rhumatisme aigu, mais seulement quelques douleurs musculaires vagues après s'être fatiguée; du reste, ni hémorrhoïdes, ni gastralgie; les fonctions sont régulières, la menstruation normale.

Minutieusement interrogée, elle nie tout antécédent spécifique, n'ayant jamais remarqué ni boutons ni ulcérations aux parties génitales, ni alopécie, ni taches, ni éruptions sur la peau, ni ulcérations, ni indurations aux lèvres, à la langue, ni céphalée nocturne, ni lésions aux os superficiels, ni douleurs ostéocopes. Les organes des sens sont normaux et les grands viscères, cœur, poumon, foie, rein, etc., fonctionnent convenablement.

Il y a deux ans, une contusion atteignit le sein droit; presque immédiatement survint au point blessé une induration du volume d'un œuf de pigeon et qui, loin de disparaître, persista avec son volume et sa consistance.

Il y quatre mois, la tumeur s'accrut un peu, le mamelon se rétracta et laissa suinter un liquide visqueux, blanchâtre et sans odeur.

Il y a deux mois, parut à la surface du sein une série de nodosités dures, épaisses, siégeant dans l'épaisseur même de la peau, mobiles sur les parties profondes, semblables comme forme et volume à de petites lentilles rougeâtres. En même temps, la tumeur mammaire augmentait continuellement et acquérait le volume d'une petite mandarine aplatie : bientôt elle rougissait à son sommet et s'ouvrait par sphacèle limité de la peau; l'ouverture donna issue à des matières demi-solides imprégnées de sang et de sanie et se métamorphosa en un ulcère cratériforme, à bords décollés et taillés à pic, à fond dur, noueux, bosselé, reposant sur le muscle grand pectoral auquel il adhérait fortement et dans la masse duquel il semblait même pénétrer,

Dans l'espace de quinze jours, cet ulcère doublé de dimensions arriva à mesurer environ cinq centimètres de diamètre sur trois au moins de profondeur; c'est alors que mon chef de clinique le vit pour la première fois et fut si frappé de son aspect tout spécial, qu'il engagea la malade à entrer dans nos salles.

A la visite du 15 mai, je fis voir aux élèves combien cette ulcération ressemblait à une excavation gommeuse en voie de détersion, et malgré les dénégations de la patiente, je n'hésitai point à diagnostiquer sur la même mamelle la coexistence d'un cancer cutané et d'une gomme profonde, peut-être développée primitivement dans le muscle grand pectoral et n'ayant envahi la glande que secondairement.

En conséquence je prescrivis, outre les pansements détersifs, le protoiodure et l'iodure de potassium; l'action de ces médicaments fut si rapide, qu'il fallut se hâter pour faire constater les caractères spécifiques de l'ulcération au professeur Fournier, qui confirma absolument le diagnostic.

En moins d'une semaine de traitement, l'ulcération avait non seulement cessé de s'agrandir, mais s'était totalement modifiée par l'abaissement et le recollement des bords, l'élévation du fond promptement recouvert de bourgeons de bonne apparence et les qualités louables de la suppuration.

Vers le vingtième jour, tout était cicatrisé, et il ne restait qu'une dépression recouverte d'une croûte mince et brunâtre.

La malade se croyant guérie demanda sa sortie.

Les nodosités cutanées, ainsi que deux petits ganglions fort durs situés au bord antérieur de l'aisselle et dans le triangle sus-claviculaire, n'avaient subi aucun changement en bien, ni en mal, par le fait du traitement spécifique, que j'avais fait bientôt supprimer; c'est le contraire de ce qui eut lieu dans le cas précédent, où nous avons noté une aggravation de l'adénopathie sous l'influence de l'iodure de potassium.

Quant à l'opération radicale, c'est-à-dire à l'ablation de la mamelle, je ne songeai point à la pratiquer, sachant qu'elle est tout à fait inutile dans ces formes de cancer disséminé du tégument.

J'ai en effet autrefois, alors que je n'avais que des notions vagues sur l'hybridité cancéro-syphilitique de la mamelle, pratiqué cette opération, comme on a pu le voir dans la thèse de M. Landreau (1874); mais je n'ai obtenu que des résultats peu satisfaisants, et j'ai renoncé depuis lors à intervenir en pareils cas. — A. V. 1887.

LA SYPHILIS CHEZ LES SCROFULEUX

Par le Docteur MARIUS RAMONAT[1].

« Il n'y a pas de maladies; il n'y a que des malades », a dit un jour le clinicien obligé d'analyser les variations de la maladie type, suivant qu'elle évoluait dans telles ou telles circonstances, sur tel ou tel terrain. Sous ce rapport, la syphilis se place au premier rang avec ses nombreuses variations individuelles. Quel est alors le rôle que joueront les tempéraments *scrofuleux* et *tuberculeux ?* Telle est la question que nous nous sommes posée. Or si, dans beaucoup de cas, les deux états constitutionnels, scrofule et syphilis, évoluent parallèlement sans se modifier et sans s'influencer réciproquement, souvent aussi ils réagissent l'un sur l'autre et forment même des affections MIXTES par leur étiologie, HYBRIDES par leurs caractères anatomo-pathologiques et fonctionnels, exigeant enfin un traitement qui s'adresse aux deux maladies.

La connaissance de ces faits est encore peu répandue et il nous a paru intéressant de faire de leur étude l'objet de notre thèse inaugurale. Pendant nos années d'externat et d'internat dans les hôpitaux de Paris, nos maîtres, MM. Le Fort, Millard et Després, avaient attiré avec insistance notre attention sur la difficulté que présente souvent le diagnostic des manifestations syphilitiques et scrofuleuses; mais c'est surtout aux conseils et aux leçons de M. Verneuil que nous devons d'avoir pu entreprendre et mener à bonne fin ce travail. Qu'il nous permette de lui en exprimer ici nos sentiments de profonde gratitude[2].

Il nous a paru surtout intéressant d'aborder l'histoire de la syphilis chez les scrofuleux, en nous limitant aux manifestations d'*ordre chirurgical.* Aussi laisserons-nous de côté la plupart des manifes-

1. Thèse inaugurale, Paris, 1883.
2. En terminant, M. Ramonat remercie encore M. le professeur Fournier, MM. Leloir, Hamonic, L.-H. Petit et Thomas.

tations viscérales de la vérole chez les strumeux, ces faits étant du domaine de la pathologie interne. Nous ne discuterons pas davantage les rapports de la scrofule avec la syphilis lorsque celle-ci, ayant franchi une génération, est devenue cet ensemble de manifestations multiples, variées et souvent mal connues dans leurs caractères anatomiques et fonctionnels, qui porte le nom de syphilis héréditaire. C'est là une grave question, sur laquelle les travaux des professeurs Fournier et Parrot ont jeté un grand jour.

Le problème que nous nous sommes proposé peut être formulé de la manière suivante : La syphilis *A* étant observée chez un malade ayant eu ou ayant encore des manifestations de la scrofule ou de la tuberculose *B*,

1° *A* va-t-il être modifié pàr *B* dans ses manifestations diverses?

2° Si *A* reste lui-même, va-t-il modifier *B* ?

3° Les manifestations de *A* vont-elles avoir, sous l'influence de *B*, des points de prédilection?

4° Les manifestations de *B* vont-elles être rappelées par l'arrivée de *A* ?

5° La gravité de *A* et de *B* est-elle augmentée par le fait de leur réunion ?

6° Est-il nécessaire de combattre *A* et *B* isolément ou ensemble?

Nous n'avons pas la prétention de résoudre complètement une question aussi vaste et aussi difficile; mais nous avons la certitude, en la posant d'une façon nette et en réunissant la plupart des opinions émises sur ce point, de faire œuvre utile et d'inspirer à d'autres le désir de combler les lacunes de notre travail.

HISTORIQUE. — Nous serons bref sur l'historique général de la syphilis chez les scrofuleux. Nous préférons énumérer, à propos de chaque manifestation syphilitique, les travaux faits sur elle; cependant nous esquisserons à grands traits ceux que nous avons consultés.

Il faut remonter jusqu'à J.-L. Petit[1] pour voir nettement affirmés les rapports réciproques de la scrofule et de la syphilis : « On distingue si les exostoses, les abcès, les ulcères, les caries et les pustules sont scrofuleux ou s'ils sont véroliques... Ce n'est pas qu'on ne puisse parfois se tromper, si l'on n'y prend garde, lorsque les scrofules sont compliquées de vérole ou lorsque les scrofules ne sont que l'effet d'un virus dégénéré. Il y a des personnes attaquées

1. J.-L. Petit, *Œuvres complètes*. (Edit. de 1837 p. 224, *Exostoses et cari*[illegible]

des écrouelles qu'on ne peut soupçonner de vérole acquise, ni héréditaire; d'autres peuvent être soupçonnées de l'une ou de l'autre, quelquefois de toutes les deux... Nous voyons tous les jours des personnes attaquées de scrofules, qui en ont été guéries, à qui elles reviennent à la suite d'un coït impur. Ne remarque-t-on pas, dans la pratique, des vérolés qui ont pour symptôme de leur vérole le gonflement presque universel des glandes conglobées ? » Cette citation a été reproduite par la plupart des syphiligraphes du commencement du siècle, qui n'y ont rien ajouté.

A Ricord revient l'honneur d'avoir fixé l'attention des cliniciens sur le mélange parfois intime de la scrofule et de la syphilis. L'expression pittoresque et expressive de *scrofulate de vérole* pose nettement la question.

Un certain nombre de travaux que nous aurons occasion de citer ont été publiés depuis; M. Fournier [1], met souvent en relief les rapports des deux diathèses. M. Desprès décrit les *Syphilis modifiées*, parmi lesquelles il fait une large place à la scrofule.

Sir James Paget [2], après avoir parlé des *combinaisons* que la syphilis peut former avec les autres maladies, dit en parlant de la scrofule : « Dans la syphilis tertiaire, je ne puis douter que, dans la grande majorité des cas dans lesquels le processus ulcéreux prédomine, la constitution syphilitique acquise ne soit combinée avec la scrofule ou la tuberculose. »

Dans ces dernières années, MM. Martineau, Mauriac, Gouguenheim, Guibout, Vidal, Jullien, ont insisté sur la syphilis des scrofuleux. Mais on peut dire que notre maître, M. Verneuil, s'est attaché à cette question de l'influence réciproque des diathèses avec uue ténacité qui porte ses fruits, puisque la plupart des travaux publiés sur ce sujet ont été faits par ses élèves et sous son inspiration; il a lui-même porté la question au Congrès de Londres en 1881, et décrit les caractères généraux de l'*hybride scrofulo-syphilitique;* nous aurons occasion de faire à cette communication de larges emprunts.

SÉMÉIOLOGIE.

1° Chancre. — Le chancre induré, accident primitif le plus habituel de la syphilis, paraît échapper plus que les autres à l'action

1. *Leçons sur la syphilis chez la femme.*
2. *Leçons de clinique chirurgicale*, trad. franç., 1877, p. 106.

modificatrice de la scrofule; bien que les observations détaillées soient trop peu nombreuses pour qu'il soit possible de décrire le chancre du scrofuleux, leur dépouillement nous a permis de faire les quelques remarques qui suivent.

Si la période de *début* du chancre est à peu près toujours la même chez tous les sujets ; il n'en est pas de même de la *période d'état*. La scrofule paraît alors influencer d'une façon manifeste. l'*aspect*, l'*étendue*, la *durée* du chancre. L'ulcération spécifique a, dans ce cas, une grande tendance à suppurer; d'une façon générale, le chancre des scrofuleux est plus humide que celui des autres sujets. Il est souvent recouvert de croûtes mollasses, jaunâtres, laissant suinter du pus au-dessous d'elles, et tout à fait semblables à celles que l'on trouve communément sur certaines scrofulides ulcérées de la peau. Ce fait n'est pas étonnant *a priori*, lorsqu'on se rappelle que, chez les scrofuleux, la moindre blessure de la peau saine ou malade est presque fatalement exposée à la suppuration et à la formation de croûtes au-dessous desquelles le pus s'accumule, jusqu'à ce qu'il se forme une cicatrice intéressant plus ou moins profondément le derme.

L'*étendue* de l'ulcération paraît influencée par la scrofule ; on a noté souvent le tempérament strumeux ou lymphatique chez les sujets portant de larges chancres. Le fait est hors de doute pour les chancres mous ; il est rationnel qu'il n'en soit pas autrement pour les chancres indurés, en tenant compte bien entendu de la nature différente des deux processus. Jullien cite un cas intéressant.

Un homme de vingt-huit ans, ayant une *coxalgie datant de plusieurs années*, contracte la syphilis, qui évolue d'une façon très rapide, ce qui est la règle chez les scrofuleux. Il présente à la face deux chancres qui recouvrent presque toute la région mentonnière, chaque ulcération présentant au moins 3 centimètres de diamètre. La plaie est excavée, infundibuliforme ; le fond est formé de bourgeons charnus, recouverts de pus, autour desquels s'étend une zone concentrique d'autres bourgeons plus rouges, plus secs. Les ganglions sous-maxillaires sont *très fortement engorgés*[1].

Dans nos observations de syphilis graves chez les scrofuleux, on trouve plusieurs exemples non douteux de chancre phagédénique. On comprend d'ailleurs que, sur un terrain scrofuleux, le chancre prenne la forme ulcéreuse et parfois même phagédénique, alors que les autres manifestations du côté de la peau et des muqueuses on

1. Jullien, *Maladies vénériennes*, p. 560, en note. — Paris. 1879.

souvent aussi une tendance marquée à revêtir ces formes anormales.

L'action de la strume s'accentue à la *période de réparation* du chancre. On sait que celui-ci se recouvre habituellement de bourgeons charnus de bon aspect qui se cicatrisent comme dans une plaie simple. Chez les scrofuleux, les bourgeons exubérants saignent facilement et fournissent une abondante suppuration. Quelquefois même, ils n'ont aucune tendance à la cicatrisation et prennent l'aspect et la manière d'être des ulcères scrofuleux les plus tenaces.

On sait que le chancre induré, cicatrisé, récidive parfois, ou, ce qui est plus conforme à la vérité, se rouvre en prenant quelques-uns de ses caractères premiers. La cause de ce *chancre redux* peut souvent être attribué à la scrofule. Le processus est presque toujours le même. Il se produit au-dessous de la cicatrice une sorte de ramollissement du tissu morbide. Le chancre devient douloureux à la pression, puis fluctuant, et l'on voit sortir peu après, par une ouverture spontanée ou chirurgicale, une sérosité louche, plus ou moins purulente, contenue dans une ulcération caverneuse, de dimensions variables, en général fongueuse, qui ne marchera qu'à grand'peine vers la guérison et affectera une singulière tendance au phagédénisme.

Les statistiques de Bassereau prouvent, d'une façon indirecte, l'action du tempérament scrofuleux sur la marche clinique du chancre induré. En effet, si l'on admet que la scrofule est une cause fréquente des syphilides graves, nous devons trouver, chez les malades qui en sont affectés, les modifications que nous venons de signaler dans le chancre des scrofuleux et d'autant plus accentuées même que la manifestation cutanée sera plus grave. Or, d'après les chiffres de ce syphiliographe, sur 215 chancres ayant précédé l'apparition de syphilides érythémateuses et papuleuses, il y a eu seulement dix fois des *ulcérations phagédéniques circonscrites*. Au contraire, chez six malades atteints de rupia syphilitique, cinq avaient eu pour symptôme primitif un chancre phagédénique. Sur 68 chancres précédant les syphilides pustuleuses, 20 *ont été phagédéniques* et 4 *phagédéniques serpigineux*. Point intéressant à noter, chez presque tous ces malades, le chancre *n'était pas cicatrisé* au moment de l'apparition des syphilides. Sur 50 chancres, précédant les syphilides tuberculeuses, 18 *avaient été phagédéniques*. De plus, le nombre des bubons suppurés croît avec la gravité des manifestations cutanées, et *l'adénite suppurée*, dans la syphilis, est l'apanage presque exclusif des strumeux.

Nous n'avons rien dit de l'*induration* du chancre syphilitique des scrofuleux. C'est en effet un des caractères presque constants de l'accident primitif, quel que soit le sujet. Mais on note assez souvent la strume dans les cas où cette induration est exagérée. Le fait est d'ailleurs naturel, au moins pour l'induration qui persiste après la cicatrisation, si l'on se rappelle la tendance du chancre à passer, chez les scrofuleux, à l'état d'ulcération chronique. L'induration du derme et du tissu cellulaire survient fatalement ici, comme au voisinage de toute phlegmasie strumeuse chronique : lésions osseuses, adénites, tumeurs blanches, etc. Il s'agissait d'un strumeux dans le cas si remarquable de Puche, où le siège de l'accident primitif, qui remontait à neuf ans, se reconnaissait à la persistance d'une induration facilement appréciable[1].

2° Tube digestif. — Nous devons consacrer un paragraphe à part aux lésions du tube digestif, à cause des considérations spéciales, d'ordre médico-chirurgical, que suggère leur étude. Quoique quelques-unes d'entre elles soient tout à fait tardives, nous les décrirons ici, pour ne pas les séparer des *angines spécifiques*, qui vont surtout nous occuper.

La syphilis porte fréquemment son action sur le tube intestinal et de préférence sur ses deux extrémités. Dans la cavité bucco-pharyngée, elle apparaît sous forme de stomatites et d'angines, classées soit d'après l'âge de la vérole, soit d'après leur aspect pathologique, en érythémateuses, papuleuses, pustuleuses, ulcéreuses, tuberculeuses, gommeuses, etc. ; dans l'œsophage et le rectum, elle donne surtout naissance à des produits néoplasiques qui amènent le rétrécissement de ces conduits.

Ces lésions, et surtout les premières, sont loin d'avoir toujours les mêmes caractères cliniques et l'on a recherché, avec raison, la cause de ces modifications dans la constitution des sujets.

La scrofule et la tuberculose ont, ici, une place prépondérante.

Je n'insiste pas sur l'influence qu'elles peuvent exercer sur la syphilis buccale et pharyngienne comme cause déterminante mécanique. Il va sans dire que la scrofule à forme ulcéreuse peut offrir une porte d'entrée facile au virus syphilitique. Mais toute ulcération de la bouche, traumatique, inflammatoire ou diathésique, présente la même valeur étiologique. J'étudierai donc immédiatement l'action réciproque des deux diathèses, en évolution

1. Ricord, *Leçons sur le chancre*, 1858.

simultanée. Ayant surtout en vue les applications chirurgicales, examinons particulièrement ce qui se passe du côté des amygdales.

Depuis la seconde moitié de ce siècle, on a beaucoup écrit sur les manifestations bucco-pharyngées de la syphilis. Mais, dans ces derniers temps, on s'est demandé si ces formes diverses de la syphilis pharyngée étaient toujours des manifestations pures de la vérole, ou si cette dernière ne se trouvait pas souvent alliée à d'autres diathèses, telles que la scrofule, le rhumatisme. Sans parler d'Ory et d'Ott qui, étudiant l'étiologie des syphilides cutanées et muqueuses, ont fait une large place à la scrofule, M. Gilles, dans sa thèse, traitant de l'*hypertrophie des amygdales chez les syphilitiques*, admet la strume comme sa cause fréquente, invoquant sur ce point MM. Martineau et Gouguenheim. Vers la même époque, M. Hamonic a publié sur le même sujet[1] un mémoire inspiré par son maître, M. Martineau, et dans lequel il a étudié deux variétés d'hypertrophie amygdalienne : la première, uniquement soumise à l'influence de la syphilis et qui peut être simple ou compliqué d'angine syphilitique, avec ou sans syphilides; la deuxième, mixte, par combinaison de la syphilis et de la scrofule.

Presque tous les syphiligraphes signalent la scrofule comme favorisant toutes les manifestations bucco-pharyngées de la vérole. Voici les impressions qui nous sont restées de la lecture des différents mémoires et des nombreuses observations où les antécédents du sujet étaient notés.

Au point de vue *étiologique*, l'influence de la scrofule sur le développement des manifestations pharyngées de la vérole n'est pas douteuse; mais loin de nous la pensée qu'il n'y a pas d'angine syphilitique sans scrofule. Le rhumatisme, l'alcoolisme, exercent aussi une influence indéniable; mais la scrofule prend une place prépondérante, dans le cas où l'angine s'accompagne d'*hypertrophie amygdalienne*. Allant au delà des idées émises dans les mémoires précités, nous dirons que l'hypertrophie syphilitique des amygdales chez les sujets non scrofuleux est l'exception; ce qui ne veut pas dire que tous les sujets scrofuleux, devenant syphilitiques, auront une hypermégalie amygdalienne aiguë ou chronique. Les antécédents strumeux sont notés dans les observations I, III, V, XII, XIV, XV du mémoire de M. Hamonic, et III, IV, V, VI, IX du mémoire de M. Gilles. Notre observation I est un exemple d'angine syphilitique avec polyadénite suppurée chez un scrofuleux.

1. *Annales de dermatologie*, 1882.

Cette action combinée de la scrofule et de la syphilis se produit de deux manières différentes : Ou bien les deux diathèses manifestent leur action en même temps, la syphilis réveillant la scrofule, ou bien la syphilis vient évoluer sur un terrain déjà occupé par cette dernière. Dans le premier cas, on aura l'hypertrophie amygdalienne réputée purement syphilitique et que nous considérons, dans la majorité des cas, comme mixte aussi bien que la deuxième forme, dans laquelle il n'est plus possible de nier l'action combinée des deux diathèses, puisqu'on les voit évoluer successivement et se confondre sur un même terrain. Cette connaissance de l'action de la scrofule dans les manifestations bucco-pharyngées de la syphilis, et en particulier dans l'hypertrophie amygdalienne, explique les divergences des auteurs sur le moment d'apparition de cette dernière, ceux-ci ayant surtout tendance à faire de l'hypertrophie amygdalienne un résultat de l'action des plaques muqueuses ou des différentes syphilides tonsillaires (Bassereau, Lancereaux, Gouguenheim), ceux-là constatant simplement la coïncidence fréquente des deux sortes de lésions (Després, Martineau), d'autres enfin, comme MM. Cornil, Jullien, affirmant, en se basant sur la clinique, l'indépendance fréquente de l'hypertrophie des amygdales, lesquelles se rapprochant par leur structure des ganglions lymphatiques, sont soumises comme ces derniers à une augmentation de volume produite directement par le virus syphilitique.

Pour nous, la question paraît simple : ou la diathèse congénitale qui sommeillait chez les scrofuleux est réveillée localement sous forme d'induration, d'hypertrophie, par les manifestations ulcéreuses et même exanthématiques de la syphilis : chancre, plaques muqueuses, syphilides, etc.; ou la scrofule étant en pleine évolution dans la gorge, sous forme d'amygdalite aiguë et surtout chronique, et de scrofulides, la syphilis vient se combiner avec elle, modifier son processus pathologique et accélérer sa marche en y ajoutant ses manifestations propres. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, car l'anatomie pathologique permet parfois de prendre sur le fait la combinaison des deux diathèses.

Je serai bref sur la *séméiologie* des manifestations syphilo-strumeuses de la bouche. Le plus souvent la syphilis, diathèse acquise, vient greffer ses manifestations sur la scrofule, diathèse congénitale qui a déjà plus ou moins évolué dans le pharynx. Presque toujours, en effet, le malade a présenté antérieurement une des différentes formes de l'angine scrofuleuse.

En général, chez les scrofuleux, les lésions ont la plus grande

tendance à se diffuser et presque toujours les deux amygdales sont prises à des degrés divers; la muqueuse pharyngée est elle-même le siège d'une inflammation subaiguë, caractérisée par un gonflement général avec aspect œdémateux qui la rapproche des angines strumeuses chroniques; ce n'est guère que sur les points où le virus syphilitique porte plus spécialement son action que l'on observe cette coloration rouge lie de vin vernissée et disposée en coups de pinceau, qui est un des meilleurs signes de l'angine syphilitique simple.

Les amygdales présentent des caractères différents, suivant que l'angine strumeuse a été primitive et a revêtu la forme chronique, ou qu'elle a été seulement suscitée par la syphilis. Dans le premier cas, les amygdales présentent une consistance beaucoup plus grande; elles sont dans le second mollasses, œdémateuses, quelquefois même violacées et saignantes. Les bandes de rougeur localisée sont aussi plus diffuses.

Si les manifestations syphilitiques revêtent la forme ulcéreuse, elles offrent des modifications que l'on peut rattacher à la scrofule. Les ulcérations ont une tendance marquée à se creuser et à envahir les tissus voisins. Leur fond prend un aspect pultacé, diphthéroïde, parfois gangreneux. Les parties voisines sont tuméfiées, œdémateuses. C'est ce qui explique les variétés d'aspect du chancre de l'amygdale, tantôt réduit à une simple érosion (Obs. I de la thèse de Gilles), tantôt au contraire anfractueux, à bord décollés, ulcéreux, comme Diday en a montré des exemples. Ce qu'on dit du chancre de l'amygdale peut se répéter des différentes espèces de syphilides, érosives, hypertrophiques, papulo-érosives, tuberculeuses, gommeuses, qui prennent pour siège la gorge et surtout l'amygdale.

Telles sont les principales modifications locales imprimées par la strume. Mais il y a aussi une action à distance, s'exerçant sur les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la région affectée. Nous en traiterons longuement dans le chapitre consacré à l'action de la scrofule sur les manifestations ganglionnaires de la syphilis et nous montrerons que la tendance à la suppuration est manifeste.

Quant aux modifications imprimées aux troubles fonctionnels, la douleur a souvent des caractères mixtes, car si dans l'angine syphilo-strumeuse elle est moins vive que dans l'angine syphilo-rhumatismale, elle offre souvent des exacerbations nocturnes qui la différencient nettement de la douleur peu intense de l'angine strumeuse simple. Mais ce dernier caractère, loin d'être constant, est même contesté (Fournier). Les troubles de la déglutition, de la

phonation, sont uniquement régis par l'acuité du processus pathologique et l'étendue des ulcérations. Cependant, chez les scrofuleux, l'angine paraît retentir particulièrement du côté de l'oreille.

La *marche* des angines syphilitiques est évidemment influencée par la scrofule. Elle peut revêtir la forme aiguë et alors les manifestations syphilitiques proprement dites occupent la première place. La rougeur en traînées et la douleur atteignent leur maximum d'intensité. Cette forme évolue rapidement, laissant après elle dans la muqueuse un état inflammatoire subaigu, qui a grande tendance à devenir chronique. Mais ce n'est pas là la forme la plus habituelle. En général le malade avait déjà une angine scrofuleuse chronique que la syphilis survenant a fait passer à l'état subaigu. Puis, sous l'influence d'un traitement approprié, ou par l'évolution naturelle de la maladie, la syphilis perd de son intensité et disparaît complètement, il ne reste plus alors que l'angine scrofuleuse avec sa marche torpide; ou bien cette syphilis prend elle-même les allures de la chronicité, et les deux diathèses évoluent lentement et de concert. La première de ces formes s'observe de préférence dans la période des accidents secondaires : érythème, éruption papuleuse, plaques muqueuses; la deuxième est plus commune à la période tertiaire. Parfois des poussées aiguës viennent imprimer à cette forme essentiellement chronique les caractères de l'intermittence.

Disons quelques mots des *lésions histologiques* qu'entraîne le mélange des deux diathèses. On n'est pas d'accord sur les lésions que l'on doit rapporter à la vérole. M. Hamonic dit, en parlant de l'hypertrophie amygdalienne simple sans érosions et sans ulcérations, qu'elle est de nature syphilitique et que la lésion est une hyperplasie lamineuse. Nous avons déjà dit que cette forme appartient à la scrofule et à la syphilis mélangées. Il est encore plus douteux que l'on puisse affirmer la nature syphilitique des lésions glandulaires. On retrouve en effet cette hyperplasie lamineuse, cette sclérose des faisceaux conjonctifs intra-glandulaires, parfaitement décrites dans l'histologie pathologique de l'hypertrophie simple des amygdales. Nous pensons donc qu'elles n'ont rien de particulier à la syphilis. M. Vidal a décrit, comme habituelles dans l'amygdalite chronique scrofuleuse, l'induration de la glande, l'hypergenèse du tissu cellulaire, l'augmentation en nombre et en volume des follicules clos, la dégénérescence granuleuse trouble des cellules[1]. D'autre part, M. Gilles attribue surtout à la syphilis les modifications histologi-

1. Vidal, art. AMYGDALES du *Dict. encycl. des sc. méd.*

ques de la muqueuse amygdalienne : accroissement et transformation cavitaire des cellules, allongement des papilles, etc. ; il donne comme règle l'intégrité à peu près complète des cloisons fibreuses avec dilatation sans sclérose des vaisseaux sanguins. Ces divergences d'opinions paraissent provenir de la diversité des terrains sur lesquels évolue la vérole. Nous rattachons ces lésions du parenchyme glandulaire à des poussées inflammatoires chroniques, bien plus qu'à l'action propre du virus syphilitique, et nous savons que la scrofule est la cause habituelle de ces inflammations.

Il n'en est pas de même lorsque l'hypertrophie amygdalienne s'accompagne d'un travail ulcératif. Alors, la syphilis prend le premier rang et produit, de préférence sur la muqueuse, des lésions histologiques définies qui ont été bien décrites par M. Cornil. Au point de vue qui nous occupe, nous n'avons rien de spécial à dire des gommes qui peuvent, chez tout sujet, frapper un point quelconque de la cavité bucco-pharyngienne. Elles suppurent chez les sujets non diathésiques, et à plus forte raison chez les scrofuleux, et si alors la scrofule est dans une période d'activité, la fonte purulente de la gomme donne naissance à des ulcérations scrofulo-syphilitiques remarquables par leur durée et leur ténacité. Elles peuvent, dans la bouche comme ailleurs, amener des complications du côté des os.

Des considérations qui précèdent découlent pour le diagnostic des indications qui ne sont pas sans valeur. D'abord la nécessité, en présence des manifestations bucco-pharyngées de la syphilis, d'analyser avec soin les antécédents morbides, car la difficulté devient grande dans les manifestations ulcéreuses des périodes secondaire et surtout tertiaire.

Les caractères mixtes de l'hybride scrofulo-vérolique expliquent bien l'impossibilité presque absolue dans laquelle on se trouve parfois d'établir un diagnostic exact. Ricord traduisait cette incertitude par l'expressif *scrofulate de vérole*. M. Gilles rappelle le cas de M. Féréol, dont le malade, avec ses amygdales énormes et ses ulcérations nombreuses, était considéré comme strumeux par les uns, comme syphilitique par les autres. Il eût été préférable de se rappeler qu'il était les deux à la fois.

Mais s'il est difficile de diagnostiquer les lésions syphilo-strumeuses des scrofulides malignes, il l'est parfois encore plus de les distinguer des lésions cancéreuses, surtout si les glandes, engorgées chroniquement à la manière des adénites strumeuses, présentent cette consistance demi-molle que l'on observe dans les ganglions can-

céreux ramollis. On a alors un ensemble symptomatique dont le diagnostic est d'une difficulté presque insurmontable.

Au point de vue du *pronostic*, la gravité ordinaire des accidents de la vérole se trouve augmentée par l'adjonction de la strume. Dans les angines à forme non ulcéreuse, l'hypertrophie amygdalienne persiste souvent, entretenue par la scrofule. La tendance à la suppuration (inflammation sous-muqueuse, adénites, etc.), influence fâcheusement le pronostic. Lorsqu'il y a des ulcérations, elles marchent vers la chronicité. Cependant, pour le pharynx, comme pour le système lymphatique, lorsque la syphilis a épuisé son action, si les manifestations scrofuleuses n'ont pas précédé les manifestations véroliques et ont été suscitées par elles, on observe une tendance vers la guérison qui ne se retrouve pas dans les scrofulides spontanées de la gorge.

Nous avons pris surtout les amygdales et le pharynx comme champ d'étude de l'évolution simultanée de la vérole et de la scrofulose. Les mêmes considérations générales sont applicables à la muqueuse buccale (lèvres, joues, langue). Cependant, si la scrofule a pour lieu de prédilection le pharynx et les amygdales, la tuberculose, tout en frappant souvent le pharynx[1], attaque aussi fréquemment les muqueuses linguale, palatine, etc. Mais les documents font à peu près complètement défaut pour apprendre comment se comportent, vis-à-vis l'une de l'autre, les diathèses vérole et tuberculose, coexistant dans la cavité bucco-pharyngée[2].

Les matériaux manquent aussi pour juger si l'association des deux diathèses a une influence quelconque sur les manifestations du tube digestif qui sont évidemment sous l'influence de la syphilis : ulcérations, rétrécissements de l'œsophage et du rectum. Nous poserons la question sans la résoudre, mais nous citerons les paroles prononcées, en 1881, au congrès de Londres, par M. Verneuil : « La tuberculose, si elle ne favorise pas l'apparition des lésions graves et rebelles de la syphilis, les entretient à coup sûr. Trois fois au moins j'ai pratiqué la rectotomie linéaire palliative pour des rétrécissements syphilitiques du rectum, chez des sujets atteints de tuberculisation pulmonaire (les rétrécissements tertiaires du rectum déterminent très manifestement la phthisie chez les sujets prédisposés). Dans ces cas, la plaie restée blafarde a pris l'aspect des ulcérations syphilo-scrofuleuses, et n'a présenté aucune tendance franche à la cicatrisation. »

1. Barth, *Tuberculose du pharynx*, Thèse de Paris, 1880.
2. Gilles, Thèse de Paris, 1882, p. 43.

3° **Syphilides.** — L'action de la scrofule sur les manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis, comprises sous le nom de syphilides, n'est plus à prouver aujourd'hui. Et cependant il n'y a pas longtemps, dans l'histoire de la syphilis, qu'on trouve des traces de cette notion étiologique si importante pour le *pronostic* et le *traitement* de la vérole cutanée.

La plupart des dermatologistes de la première moitié de ce siècle signalent le tempérament lymphatique comme favorisant le développement des syphilides, mais s'en tiennent d'ordinaire à cette simple notion générale, sans l'appuyer de statistiques et de faits cliniques précis. De plus, dans les observations, les antécédents strumeux sont la plupart du temps oubliés ou signalés sous les expressions vagues de tempérament nerveux, lymphatique, lymphatico-sanguin, faible, etc. Aussi nous n'avons pu utiliser que fort peu d'observations anciennes. Cependant, tous ne sont pas muets sur le rôle de la scrofule dans la vérole cutanée et muqueuse. Bazin[1] traitant de l'étiologie des syphilides dit : « Quant au tempérament, je lui reconnais une certaine influence sur les formes des affections syphilitiques. C'est ainsi que les formes humides, l'acné, l'ecthyma, les syphilides pustuleuses en un mot, affectent plus souvent les individus d'un tempérament lymphatique. » Il reconnait donc, non seulement l'influence de la scrofule sur les syphilides en général, mais même son action sur le développement de telle ou telle forme d'éruption.

M. le Dr Dubuc, élève de Bazin, a publié, en 1864, une excellente thèse sur les syphilides malignes précoces. Mais préoccupé surtout de leur forme anatomique et clinique, de leur diagnostic et de leur traitement, il a à peu près laissé dans l'ombre le côté étiologique.

Pour compléter le travail de son devancier, un autre interne de l'hôpital Saint-Louis, M. le Dr Ory, a choisi, en 1876, pour sujet de thèse, l'étiologie des syphilides malignes précoces. Ce travail, basé sur trente-sept observations presque toutes originales, ne laisse rien à désirer au point de vue des causes de l'évolution grave et *anormale* de la syphilis. L'auteur proclame la prééminence de la strume sur les autres états constitutionnels, comme cause des syphilides malignes : « J'ai noté treize fois dans mon tableau, dit-il, les antécédents lymphatiques ou scrofuleux chez les sujets que j'observais ; mais ce nombre est inférieur à la vérité : ce n'est qu'un minimum... Les renseignements que peuvent fournir les malades sont vagues et incertains, et fatalement entachés d'inexactitude ; insouciants de leur personne,

1. *Leçons sur la syphilis et les syphilides*, p. 158.

pour la plupart, ils ne signalent que les faits qui frappent leur esprit et l'on n'a pas la ressource d'interroger les parents sur des accidents parfois très éloignés. Il est donc bien difficile de se faire une idée précise de la gravité des manifestations antérieures de la scrofule, à moins de retrouver des traces indélébiles de cette diathèse. Or, bien des scrofuleux n'ont pas de cicatrices, bien des ophthalmies du jeune âge disparaissent presque sans laisser de traces. » On trouvera résumées, à la fin de notre travail, celles de ces observations où la scrofule se trouve manifestement associée à la syphilis.

En 1881, M. le Dr Ott reprenait cette étude des syphilides malignes, mais ajoutant peu de chose aux notions étiologiques précédentes, il s'est surtout préoccupé du traitement de la syphilis cutanée et muqueuse. D'ailleurs, on trouve l'action de la scrofule indiquée dans plusieurs ouvrages classiques. Trousseau et Pidoux disent : « Lorsque la syphilis atteint un individu en état de santé apparente, les tendances pathologiques de l'organisme atteint se montrent, en général, en donnant à la syphilis un aspect et une marche spéciales. C'est pour cette raison que l'on voit les scrofuleux avoir plus fréquemment que les autres des syphilides ulcéreuses et suppuratives. » Ricord, Diday reconnaissent l'influence du terrain sur le développement des *syphilides*. Bassereau, dans ses leçons sur les affections syphilitiques de la peau, paraît attacher peu d'importance à la constitution scrofuleuse, ce qui ne l'empêche pas de dire que certaines formes de syphilides se montrent plus particulièrement chez les sujets lymphatiques.

Plus près de nous, M. Després[2] décrit certaines formes de syphilides comme des manifestations scrofulo-syphilitiques. Le professeur Fournier, dans son traité de syphilis, considère lui aussi certaines syphilides comme plus particulières aux scrofuleux. MM. Guibout, Lallier, Mauriac, Martineau, dans leurs cliniques, professent à peu près les mêmes idées. Enfin M. Verneuil attire depuis longtemps l'attention de ses élèves sur l'association étroite des deux diathèses dans les manifestations cutanées et muqueuses de la vérole.

Si nous analysons les opinions émises par les différents auteurs et surtout si nous dépouillons les observations de syphilides chez les sujets manifestement scrofuleux, nous voyons que la strume modifie la vérole cutanée dans ses *formes anatomo-pathologiques*, son *mode d'apparition*, *la durée de son évolution*, *son diagnostic*, et

1. *Traité de thérapeutique*, p. 264.
2. *Traité de la syphilis*. Paris, 1873.

pronostic, et *son traitement*. Examinons successivement chacun de ces points :

1° *Forme anatomique*. — Les formes de syphilides le plus souvent observées sont, par ordre de fréquence, la pustulo-crustacée, la bulleuse, la tuberculeuse. De plus, on note une tendance marquée au processus ulcéreux, Bazin disait, en parlant des plaques muqueuses : « Elles sont plus fréquentes chez les sujets blonds et d'un tempérament lymphatique[1]. » Després a écrit : « On peut dire que les plaques muqueuses des scrofuleux sont généralement plus tenaces, plus volumineuses, fongueuses même, et suintent plus que celles des sujets non scrofuleux. Les plaques muqueuses de l'aile du nez, du conduit auditif et des conjonctives sont moins rares dans la syphilis modifiée par la scrofule que dans les autres syphilis modifiées. L'éruption papuleuse est peu changée, mais offre des plaques épidermiques plus épaisses et, aux plis des membres, il n'est pas rare de voir des vésicules. Les syphilides vésiculeuses de l'école de Saint-Louis sont des modifications de la syphilide papuleuse causées par la scrofule; c'est l'ecthyma syphilitique si contesté il y a vingt ans par cette même école. Les tuberculeuses, dans la syphilis modifiée par la scrofule, sont toujours circonscrites. L'éruption n'est pas générale d'emblée; elle apparait sous forme de syphilides tuberculeuses circonscrites et prend la forme ulcéreuse dans la plupart des cas. Le lupus scrofuleux devient le module suivant lequel s'imprime sur les téguments la syphilide tuberculeuse circonscrite. Lorsque le scorbut, qui est toujours acquis, s'ajoute à la syphilis déjà modifiée par la scrofule, c'est alors que l'on voit ces grandes syphilides tuberculo-ulcéreuses, gangreneuses de Bazin, qui occupent tout un membre, et ces ulcères de la face et du nez qui vont jusqu'aux os... »

M. le professeur Fournier, dans un certain nombre de passages, démontre les rapports de la scrofule avec quelques formes de syphilides. Il dit, à propos de l'impétigo et de sa bénignité habituelle : « Toutefois, lorsqu'il est confluent, et, plus encore, lorsqu'il se montre de bonne heure chez les sujets lymphatiques blonds, à chairs flasques, à constitution molle, il est d'un assez fâcheux augure, car il annonce une certaine tendance de la maladie aux formes humides, suppuratives et ulcéreuses. Méfiez-vous de l'avenir, quand sur une jeune femme de santé délicate, de tempérament lymphatique, vous verrez apparaître l'impétigo à la période précoce de l'infection

1. *Leçons sur la syphilis et les syphilides*, p. 261.

secondaire ». Plus loin, parlant de la forme ulcéreuse grave de la même maladie : « L'*impetigo rodens* est toujours une manifestation grave. Cette forme de l'impétigo syphilitique trouve parfois son explication dans un tempérament lymphatique ou scrofuleux, dans une santé détériorée, etc. ». Nous devons déclarer, en effet, que la scrofule n'est pas une cause unique de manifestations malignes de la syphilis. L'alcoolisme, les fatigues, le chagrin, en un mot la misère physiologique et morale contribuent souvent au développement des syphilides graves. Mais la scrofule occupe certainement le premier rang parmi ces causes, puisque, sur une trentaine d'observations contenues dans la thèse d'Ory, on trouve dans presque la moitié la scrofule seule, ou associée à une de ces causes, pour expliquer l'évolution maligne de la vérole cutanée. A propos de l'*ecthyma profond*, M. Fournier dit qu'on l'observe chez les sujets scrofuleux, lymphatiques, ou à constitution molle et délicate, à tendance pyogénique, chez lesquels tout est un prétexte à suppuration.

Pour ce qui a trait à la forme anatomique des syphilides scrofuleuses, nous renvoyons aux observations dont nous avons donné le résumé; on y note souvent le *rupia*, les *tubercules* fongueux et ulcérés, l'*ecthyma*.

2° *Marche des syphilides chez les scrofuleux.* — Sur ce point particulier, nous ne trouvons à peu près rien dans les auteurs, ils s'accordent seulement à considérer la scrofule comme appelant les accidents graves de la vérole. La thèse d'Ory montre surabondamment la précocité de ces accidents; nous voyons en effet qu'ils sont survenus, une fois au bout d'un mois, six fois entre six semaines et deux mois, deux fois au bout de trois mois; plus rarement il a fallu six mois, un an, deux ans pour que les manifestations cutanées graves fissent leur apparition. On peut dire, d'une façon générale, que des syphilides graves peuvent survenir chez les scrofuleux dans les six premiers mois de l'infection. Il n'en faudrait pas conclure que tout scrofuleux syphilitique aura rapidement des éruptions cutanées graves, pas plus que celles-ci n'indiqueront fatalement la diathèse scrofuleuse. Mais on peut dire que cette dernière prédispose plus que toute autre aux manifestations malignes et précoces de la syphilis du côté de la peau.

La strume d'ailleurs n'agit pas d'une façon uniforme sur les syphilides. Tantôt elle accélère seulement leur apparition, tantôt elle leur imprime un caractère de gravité exceptionnelle. On sait déjà que le processus *ulcératif* et *suppuratif* est fréquent dans les scrofulo-syphilides. Il est naturel, d'ailleurs, que la scrofule, da-

thèse ulcéreuse et suppurative par excellence, imprime son cachet sur les lésions de la vérole. Il ne nous paraît nullement démontré que la strume ait une *action localisatrice* sur les syphilides, cependant les parties du corps le plus souvent atteintes sont, par ordre de fréquence : les membres inférieurs, les membres supérieurs, la face et le tronc. Enfin, la scrofule retarde la guérison des syphilides et leur imprime souvent le caractère de la *chronicité*. Bazin insiste avec raison sur cette prolongation des accidents, qui favorise singulièrement le développement des lésions viscérales de la vérole.

3° *Valeur pronostique*. — Le pronostic des scrofulo-syphilides est d'autant plus grave, qu'elles sont souvent influencées d'une façon fâcheuse par d'autres causes de débilitation : alcoolisme, misère, grossesse ; aussi exigent-elles une médication énergique.

4° *Diagnostic*. — Le diagnostic des syphilides modifiées par la scrofule est, la plupart du temps, d'une extrême difficulté, si l'on ne peut constater l'existence des deux diathèses. Bazin avoue ces difficultés pour différencier des manifestations similaires de la vérole, l'impétigo, l'ecthyma, le rupia scrofuleux, la scrofulide serpigineuse, les scrofulides malignes crustacées et ulcéreuses. M. Fournier constate que souvent la chose est impossible. « Le diagnostic réside moins dans l'appréciation d'une manifestation isolée que dans l'examen complet du malade, complet tant au point de vue de la diathèse que de la santé générale, de la constitution, du tempérament, des antécédents morbides, etc[1]. ».

Très difficile lorsqu'il s'agit de l'impétigo et de l'ecthyma, le diagnostic nous échappe lorsqu'il s'agit de distinguer les syphilides ulcéreuses des scrofulides ulcéreuses. « Il n'est même pas rare de rencontrer, sur certains malades syphilitiques de constitution lymphatique ou strumeuse, des éruptions de caractère extérieur absolument douteux, sur lesquelles il est impossible de formuler un diagnostic précis. Sont-ce des syphilides ? Oui, de par tel ou tel attribut, mais non de par tel autre. Sont-ce des scrofulides ? Oui, encore pour cette raison, mais non pour celle-là. Ces éruptions, en effet, quand on vient à les analyser, présentent à la fois certains signes propres aux syphilides, et certains autres qui appartiennent à la scrofule. Ce sont là, du moins à un point de vue purement objectif, des produits mixtes de deux diathèses, des produits *métis*, pour ainsi dire, qui participent de la syphilis comme cause première et de la scrofule comme réaction du terrain sur

1. *Leçons sur la syphilis*, p. 310.

lequel ils ont germé. Ce sont, en un mot, de véritables *scrofulo-syphilides*. Et la preuve, c'est qu'on ne guérit bien de tels accidents que par l'association du traitement antistrumeux à la médication mercurielle. » (Fournier.)

4° Syphilides muqueuses. — Ce qui précède a trait aux manifestations cutanées de la syphilis; celles qui siègent sur les muqueuses donnent lieu à des considérations analogues. Nous dirons en quelques mots ce que ces productions morbides présentent de particulier. suivant la muqueuse qui en est le siège.

Vulve et cavité vaginale. — Les syphilides papuleuses, papulo-hypertrophiques, ulcéreuses de la vulve sont fréquentes chez les femmes atteintes de scrofule, bien qu'elles puissent s'observer hors de cette diathèse.

Le *pronostic* de ces lésions est moins grave que celui des manifestations cutanées similaires, car elles guérissent facilement en général. Mais ce n'est pas une règle absolue, car parfois l'association de la scrofule et de la syphilis est tellement intime, que la lésion revêt des caractères réellement hybrides et qu'elle présente de sérieuses difficultés de diagnostic et de traitement. Bazin, parlant du diagnostic des scrofulides et des syphilides ulcéreuses, dit : « Il est quelquefois tellement obscur, qu'il faut rester dans le doute et ne pas craindre d'essayer, comme pierre de touche, les remèdes antisyphilitiques. » M. Fournier dit à son tour[1] : « Ces obscurités augmentent encore lorsqu'on a affaire, ce qui n'est pas rare, à une malade à la fois syphilitique et scrofuleuse. On n'a même plus la ressource, dans ces conditions, d'être éclairé par le traitement; car, l'indication pratique en pareil cas étant de combiner la médication antisyphilitique et la méditation antistrumeuse, il arrive parfois, qu'après guérison, on ne sait pas à quel ordre de remèdes faire honneur du résultat obtenu. Pour ma part, je confesse en toute humilité m'être trouvé déjà plusieurs fois dans cette singulière situation de ne pouvoir être fixé sur la nature de certaines altérations vulvaires, alors même que j'étais parvenu à les guérir. »

Si de la région vulvaire nous passons à la cavité vaginale, nous voyons d'abord les syphilides devenir fort rares; pour 522 cas de la vulve, nous en comptons seulement 25 du col utérin et 9 du vagin. Mais l'influence de la strume sur le développement des syphilides intra-vaginales est manifeste. Elle le deviendrait plus encore, si les

1. *Leçons sur la syphilis*, p. 407.

antécédents diathésiques étaient interrogés avec soin. Ainsi, sur 9 observations de la thèse de M. G. Prieur[1], il n'en est pas une seule où soient notées la présence ou l'absence d'antécédents morbides héréditaires et acquis, en dehors de la syphilis. A côté de ce travail négatif sur l'action de la scrofule, M. Foulquier[2] signale les accidents strumeux six fois sur 11 observations; sur ces 6 malades, une seule présentait la forme érosive, 4 la forme papuleuse et 1 cette forme ulcéreuse, très maligne et très rare, décrite par M. Bernutz[3]. Donc, ici encore, la strume amène les formes graves des syphilides.

Voici les manifestations syphilo-strumeuses indéniables. Nous aurions pu rechercher l'action de la scrofule sur des manifestations rares, comme l'*œdème aigu* et *chronique* de la vulve, qui a fait l'objet de travaux intéressants de MM. Desjardin, Martin, Oberlin. S'il s'agit là d'une lymphangite réticulaire, avec ou sans sclérose consécutive, on peut admettre *à priori* que la scrofule, diathèse à localisations lymphatiques par excellence, en favorisera le développement. Sur quatre observations de la thèse de M. Oberlin (1879), le tempérament lymphatique est noté deux fois. Mais les faits précis manquent pour poser autre chose que des conclusions théoriques.

Bouche et pharynx. — Les syphilides de la muqueuse de la bouche et du pharynx ont été déjà étudiées dans leurs rapports avec la scrofule au chapitre *Tube digestif.*

Nez et conduit auditif. — La syphilis secondaire peut frapper la muqueuse des fosses nasales et du conduit auditif, qui est elle-même le siège fréquent de manifestations scrofuleuses; mais, par le fait de l'association de la vérole et de la strume, peut-elle présenter des lésions différant des lésions syphilitiques simples, par leur fréquence, leurs caractères anatomiques et cliniques, leur marche, etc.? Tout porte à le présumer, sans que rien permette de l'affirmer. Dans la thèse de M. Gourjon[4], pas plus que dans les derniers travaux de syphiligraphie générale, on ne trouve rien pour éclairer cette question.

Nous pourrions parler ici des manifestations syphilitiques des voies respiratoires : larynx, poumon. Mais, comme ce sont surtout les manifestations gommeuses qui, s'associant à la scrofule et à la tuberculose, peuvent donner lieu à des considérations chirurgicales

1. *De la syphilis vaginale secondaire*, Paris, 1881.
2. *De la syphilis utérine secondaire*, Paris, 1881.
3. *Société médicale des hôpitaux*, 1855.
4. *Contribution à l'étude de la rhinite chronique simple et des rhinites diathesiques.* Paris, 1881.

de quelque valeur, nous ferons rentrer leur étude dans celle des gommes chez les scrofuleux.

4° **Adénopathies.** Historique et étiologie. — Si nous voulions faire preuve d'érudition, la chose serait ici facile, car depuis la deuxième moitié de ce siècle, la plupart des auteurs qui ont écrit sur les adénites ont noté l'influence de la scrofule sur les manifestations ganglionnaires des syphilitiques. Le fait n'étant plus contesté, nous citerons l'opinion des auteurs les plus explicites.

Voici d'abord quelques lignes de J.-L. Petit qui montrent bien que l'association des deux diathèses l'avait déjà frappé : « Nous voyons tous les jours des personnes atteintes de scrofules, qui en ont été guéries et à qui elles reviennent à la suite d'un coït impur. Ne remarque-t-on pas, dans la pratique, des vérolés qui ont pour symptôme de leur vérole le gonflement presque universel des glandes conglobées. » Ricord devait faire fructifier cette idée dans son enseignement de l'hôpital du Midi. Il a décrit la suppuration de l'adénopathie syphilitique chez les scrofuleux, la dégénérescence strumeuse des ganglions affectés et son expression pittoresque, le *scrofulate de vérole*, indique bien qu'il voyait là, non seulement une action collatérale des deux diathèses, mais une véritable fusion. A partir de ce moment la syphilo-strume ganglionnaire avait acquis une existence clinique. Bazin signale la possibilité de la suppuration ganglionnaire chez les scrofuleux. M. Fournier reprend cette question et lui donne des développements importants. Il décrit l'adénopathie syphilo-strumeuse, non plus comme une rareté, mais comme une forme avec laquelle le clinicien se trouve souvent aux prises.

D'ailleurs les mêmes idées sont exprimées d'une façon plus ou moins explicite dans la plupart des traités récents sur la vérole.

MM. Rollet[1], Després, et Jullien, dans leurs traités de la syphilis, décrivent l'adénopathie syphilo-strumeuse. Enfin M. Verneuil attire avec insistance et depuis longtemps l'attention de ses élèves sur ces manifestations hybrides dont nous avons recueilli dans son service des exemples frappants.

Séméiologie. — 1° *Adénopathies primitives.* — Je laisse de côté ce que l'on a appelé le bubon sympathique du chancre[2] qui, cela ...

1. Art. Bubon du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, et surtout *De la syphilis chez la femme.*
2. Art. Bubon du *Dict. encycl. des sciences médicales.*

sans dire, peut retentir sur le système ganglionnaire voisin, à la façon de toutes les plaies, et l'on sait que les scrofuleux sont, plus que tous autres, prédisposés à ces manifestations inflammatoires. Si nous ne craignions pas de faire une distinction un peu spécieuse, nous dirions que c'est là une adénite strumeuse de cause syphilitique et non pas une manifestation syphilitique sur un terrain strumeux. D'ailleurs, ce que nous dirions de cette variété est applicable à l'adénopathie syphilo-strumeuse primitive. Les caractères cliniques de l'adénopathie syphilitique primitive sont connus de tout le monde. Voyons quelles modifications ils peuvent subir du fait de leur développement sur un terrain scrofuleux.

Si la scrofule hâte l'apparition de l'engorgement des ganglions, cette action reste toujours obscure, étant donnée la rapidité habituelle avec laquelle apparaît l'adénite syphilitique. Le bubon suit de très près l'apparition du chancre, a dit M. Fournier. Les modifications, comme *nombre* et *volume*, ne peuvent être déterminées d'une façon précise. On peut dire, seulement, que les adénopathies primitives des scrofuleux sont plus nombreuses, plus accentuées. « L'intumescence ganglionnaire dépasse parfois les porportions habituelles pour prendre le volume d'une noix, d'un petit œuf, d'un œuf de poule, etc. On dit même avoir rencontré des bubons syphilitiques plus considérables encore ; mais il est probable que, dans ces cas exceptionnels, le développement excessif de l'adénopathie résultait de complications inflammatoires et d'une dégénérescence strumeuse des ganglions » (Fournier).

Un caractère plus net du ganglion syphilo-strumeux est sa tendance à s'enflammer.

On sait que le bubon syphilitique est aphlegmasique ; or, la strume peut lui donner le caractère inflammatoire. Ricord a dit : « L'existence d'un bubon induré ne constitue pas pour les ganglions une immunité contre les différentes causes d'inflammation vulgaire. Loin de là, c'est plutôt une prédisposition. L'état morbide de ces glandes est très certainement un appel pour les diverses diathèses qui peuvent y trouver le prétexte d'une manifestation. Aussi, est-il fréquent de voir le bubon induré, symptomatique d'un chancre infectant, devenir l'origine d'un engorgement strumeux ganglionnaire chez les sujets prédisposés à la diathèse scrofuleuse. » Mais ce serait une grave erreur de penser que tout scrofuleux syphilitique aura une adénopathie suppurée ; les statistiques prouvent qu'il y a bien plus de strumeux vérolés que d'adénites suppurées. Celle de Ricord pour 1856 n'a donné que trois bubons suppurés. Mais dans ces trois cas la

suppuration ne s'est produite qu'à la suite d'une dégénérescence strumeuse des ganglions.

Sur 469 chancres indurés, observés par M. Fournier, il y a eu 8 adénites suppurées, toujours sur des strumeux. Bassereau et Rollet donnent une proportion plus élevée; le premier compte 16 adénites suppurées sur 368 adénites syphilitiques et le second 17 sur 320. En additionnant les trois statistiques, on trouve un cas sur 30, ce qui est évidemment bien inférieur au nombre des scrofuleux syphilitiques. En résumé, l'adénite primitive suppurée est rare, mais elle s'observe surtout chez les scrofuleux. Il faut certainement réserver une petite place comme cause de suppuration à la débilitation grave de l'organisme et à ces cas exceptionnels où un chancre simple et un chancre syphilitique coexistent greffés l'un sur l'autre (Rollet, art. BUBON).

Ce genre de bubon suppure souvent à la façon d'une adénite simple; des douleurs apparaissent, la peau devient rouge, mince. La tumeur se ramollit au point le plus saillant; l'abcès s'ouvre spontanément ou est ouvert par le chirurgien; si la majeure partie de la glande est envahie par la suppuration, l'abcès vidé a grande tendance à se fermer et tout est dit. Souvent aussi, le sommet de la tumeur peut être abcédé depuis longtemps tandis que la base reste dure, engorgée, phlegmoneuse (Rollet).

« Lorsque la tumeur est constituée par la réunion de plusieurs ganglions inflammatoires, dit M. Fournier (p. 174), il peut se former simultanément ou successivement des accès multiples plus ou moins rapprochés les uns des autres. Dans le premier cas, après s'être ramollie sur plusieurs points à la fois, la tumeur s'ouvre et fournit par chaque ouverture une suppuration abondante, qui ne suffit pas néanmoins pour déterminer l'affaissement complet et immédiat de la tumeur. Ce résultat est encore plus long à se produire lorsque les abcès sont successifs. Chacun d'eux amène un peu de diminution dans le volume du bubon; mais il reste une tuméfaction dure, plus susceptible de suppurer encore que de se résoudre. » Cependant M. Fournier affirme que jamais le bubon n'a de tendance à envahir, par destruction progressive, les tissus ambiants et encore moins à devenir phagédénique.

Nous rappellerons à ce propos que Ricord croyait le pus de ce bubon purement phlegmoneux, simple et sans mélange de virus.

M. Fournier remarque que l'inoculation de ce pus à un sujet sain n'a pas été faite et que, pour l'honneur de la médecine, il est à désirer qu'on ne fasse pas l'expérience.

Mais la suppuration, quoique imminente, n'a pas toujours lieu. On dirait que la scrofule ne se manifeste qu'à regret. » J'ai vu, en certains cas, le bubon syphilitique devenir fluctuant et se ramollir ; puis, chose curieuse, ne pas s'ouvrir, rester fluctuant pendant plusieurs jours, diminuer, se concentrer, se résoudre et disparaître » (Fournier). A côté de la suppuration de l'adénopathie primitive des scrofuleux, se place un autre état pathologique, au moins aussi fréquent que le premier, la *dégénérescence strumeuse*, entrevue et esquissée par Ricord, et décrite de main de maître par MM. Rollet et Fournier.

Ce dernier dit (art. Bubon du *Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*) : « L'état morbide des glandes affectées de syphilis est très certainement un appel pour les diverses influences pathologiques. Ainsi il n'est pas rare de voir le bubon du chancre infectant devenir l'origine d'un engorgement strumeux chez les sujets prédisposés à la diathèse scrofuleuse. » Il ajoute : « Cette déviation du bubon syphilitique n'est pas rare chez la femme ; elle s'observe, non seulement chez les malades manifestement scrofuleuses, mais chez les jeunes femmes à tempérament lymphatique, à constitution affaiblie, à chairs blanches et molles.

« Quand elle se produit, le bubon perd ses caractères pour prendre ceux de l'engorgement strumeux. Les ganglions augmentent de volume, se réunissent, se soudent les uns aux autres et deviennent cohérents de façon à ne constituer qu'une seule masse ; de plus, ils contractent des adhérences avec le tissu cellulaire périphérique et même avec la peau qui devient immobile à leur surface. La dureté spécifique fait place à un empâtement diffus.

« Plus tard, la tumeur devient mollasse, fongueuse, se ramollit et suppure, en suivant l'évolution propre aux engorgements ganglionnaires de la scrofule. C'est là ce qu'on appelle le bubon *syphilo-strumeux*, parce que né et développé par le fait de la syphilis, il subit plus tard l'influence de la scrofule, qui s'en empare, se l'approprie et lui imprime les caractères, la physionomie, le mode pathologique de ses adénopathies spéciales. Ce bubon mixte n'est plus alors qu'une sorte de produit *métis* des deux diathèses. Règle absolue, il aboutit à la suppuration et à une forme de suppuration froide, lente, chronique, qui crée des fistules, des clapiers souterrains à suintement presque intarissable. Quelques auteurs ont donné à cette variété le nom d'*humeurs froides vénériennes*, *d'écrouelles syphilitiques inguinales*, etc. » Nous rapprocherons de cette description le passage suivant de M. Jullien.

« Une autre variété de bubon mixte doit son origine à la connexion très fréquente de la vérole et de la scrofule, c'est le bubon *syphilo-strumeux*. Une adénite spécifique, à développement régulier, peut, à un moment donné, se transformer et revêtir tous les caractères qui distinguent les lésions strumeuses, ou bien l'action du virus porte d'emblée sur des ganglions primitivement engorgés: il n'est pas toujours facile de marquer la part qui revient, dans cette lésion complexe, à chacune des deux influences morbides et de distinguer entre les ganglions du malade et les ganglions de la maladie. Au milieu de ces tissus gonflés, en proie à cette hyperplasie amorphe, si bien décrite par Gamberini, la palpation fera quelquefois reconnaître les masses indurées, dépendantes de la syphilis; mais, le plus souvent, les glandes agglomérées dans une gangue d'exsudation n'offrent au toucher qu'une tumeur strumeuse, de configuration et de volume différents suivant les dispositions locales: globuleuse dans l'aisselle, allongée et fusiforme dans l'aine, où elle s'étale à la manière d'un rouleau le long du ligament de Fallope. En cas de ramollissement de cette tumeur, un pus séreux s'échappe d'une ouverture artificielle ou spontanée, qui se produit sur le point le plus saillant du néoplasme; mais la diminution de volume qui en résulte est de peu d'importance, car elle n'intéresse, en général, qu'une seule glande. Il est plus fréquent de voir aboutir le double processus à un état fongueux dont la durée, toujours fort longue, ne peut être précisée. »

Ces adénopathies syphilo-strumeuses, une fois ouvertes, présentent certains caractères bons à signaler. Souvent, au lieu d'un seul ganglion, il en existe plusieurs réunis et tassés les uns contre les autres, de façon à ne former qu'une seule masse fongueuse. Souvent aussi ils sont indépendants, et séparés par du tissu cellulaire en voie de prolifération. Les fongosités examinées au microscope n'ont jusqu'à présent offert rien de particulier. Elles se développent parfois avec une extrême rapidité et prennent un grand accroissement. Assez souvent, il existe des fistules, simples ou ramifiées, qui parfois s'étendant au loin sous la peau ou dans les parties profondes, forment des clapiers suppurants. On comprend combien de tels désordres retardent la guérison du bubon. Dans des cas heureusement rares, ces bubons fongueux peuvent, par leur accroissement amener des complications sérieuses. De superficiels, ils deviennent profonds; « il en est qui, limités primitivement à la région inguinale, ne tardent pas à s'étendre à la région crurale et même à gagner la fosse iliaque. La maladie ne prend jamais un pareil ac-

croissement sans gêner beaucoup la circulation, et c'est surtout avec les gros bubons fongueux que l'on observe l'œdème de la verge et des bourses chez les hommes, des grandes lèvres chez la femme et du membre inférieur correspondant » (Rollet, *loc. cit.*).

2° *Adénopathies secondaires.* — Nous avons vu, en étudiant les syphilides, combien la scrofule hâtait leur apparition. Il en est de même de l'adénopathie secondaire qui est souvent contemporaine de la syphilis cutanée et muqueuse.

Au point de vue du *siège*, les scrofuleux présentent quelques particularités. Ainsi, alors que chez eux les adénopathies cervicales postérieures sont déjà bien fréquentes, les adénopathies cervicales antérieures, sous-maxillaires, sus-hyoïdiennes, carotidiennes, péri-pharyngiennes, croissent également en nombre et c'est presque toujours sur elles que l'on observe la suppuration et la dégénérescence strumeuse. « Les adénopathies strumoïdes se produisent de préférence sur certains ganglions, sur ceux notamment des régions cervicales antérieures, au-devant et au-dessous du sterno-mastoïdien, sur ceux des régions sous-maxillaire, péri-maxillaire, sus-hyoïdienne. J'ai vu quelquefois, mais plus rarement, les glandes de l'aine affectées de ces mêmes lésions » (Fournier).

L'influence de la strume sur le *nombre* et le *volume* des glandes atteintes est évidente. Ce qu'il y a de plus caractéristique, dit M. Desprès, c'est la *chaîne des ganglions engorgés*, qui se montre chez les scrofuleux syphilitiques. Au cou, on les voit apparaître rapidement après les papules du cuir chevelu. »

M. Fournier se montre encore plus affirmatif: « En certains cas, chez la femme notamment, on observe des adénopathies multiples qui, par leur multiplicité même, s'écartent des cas ordinaires. Il n'est pas rare de constater de nombreux ganglions dans chaque rainure du trapèze, sous l'occipital, aux apophyses mastoïdes, dans les régions parotidiennes, sous-maxillaires, sus-hyoïdienne, péri-pharyngées, cervico-latérales, etc. Ces ganglions multiples présentent tous les caractères des adénopathies précédemment décrites; ils sont seulement un peu plus volumineux. Quelquefois ils sont tellement nombreux qu'ils forment de véritables chapelets qui descendent de l'occiput au milieu du cou et de la région parotidienne au creux sus-claviculaire. Ce sont là les *chapelets cervicaux* de la vérole. Parfois même ces engorgements glandulaires se propagent à d'autres régions, telles que l'aine, l'aisselle, etc. On croirait presque avoir affaire alors à une véritable *adénie*, d'origine syphilitique. C'est à cette forme d'engorgements glandulaires multiples et con-

fluents qu'il convient de réserver le nom de *glandage secondaire.* La femme y est-elle plus prédisposée que l'homme par son tempérament, sa constitution, ses tendances lymphatiques ? Il me semble rationnel de le croire. »

Ce glandage secondaire s'accompagne souvent d'un état qui assombrit le pronostic de la vérole : « Je l'ai vu plusieurs fois s'accompagner d'une *anémie* marquée avec pâleur, décoloration chlorotique des téguments, faiblesse générale, alanguissement des fonctions nutritives, palpitations, essoufflement, désordres nerveux, etc. Il serait même curieux de savoir si le nombre des globules blancs du sang n'est pas augmenté dans les cas de ce genre, de façon à constituer une *leucémie* passagère » (Fournier). Ce désiratum a été rempli. En effet, en 1881, M. Bodin [1] donne l'observations de deux syphilo-tuberculeux chez lesquels ce développement ganglionnaire était des plus manifestes. L'examen du sang a dénoté une leucocytose faible, mais réelle. Il s'agit bien, dans ce cas, d'une hypermégalie ganglionnaire consécutive à la syphilis et non d'une syphilis venant se greffer sur une adénie préexistante. Cette dernière forme a été étudiée par M. Després ; mais comme il considère l'adénie comme une scrofule acquise, ses malades n'avaient pas d'antécédents strumeux ou tuberculeux comme ceux dont nous venons de parler.

Le glandage secondaire est une exception ; il n'en est pas de même de la forme syphilo-strumeuse. Donnons encore ici la parole au professeur Fournier : « Les adénopathies commencent par se produire sous leur forme habituelle ; puis, au lieu de se borner au développement minime qu'elles ne dépassent guère en général, elles continuent à s'accroître et deviennent grosses comme une noix, un marron, voire, mais cela est plus rare, un œuf de poule. Elles simulent alors complètement les *engorgements glandulaires de la scrofule.* Aussi méritent-elles justement le nom de *strumoïdes* ou *syphilo-strumeuses.* Arrivées à ce degré de développement, elles se résolvent après être restées très longtemps stationnaires, ou bien elles s'enflamment. Dans ce dernier cas, elles deviennent douloureuses, s'immobilisent, *s'empâtent,* suivant le terme consacré, et se confondent avec le tissu cellulaire ambiant et les téguments voisins qui rougissent à leur niveau. Il est possible quelquefois, grâce à un traitement antiphlogistique appliqué de bonne heure, d'enrayer les progrès de ces adénopathies *strumo-phlegmasiques* et du *phlegmon péri-ganglionnaire* qui les accompagne. Le plus souvent, tou-

1. Thèse inaugurale : *Adénopathies tuberculeuses et syphilitiques.*

tefois, on ne réussit pas à empêcher la formation du pus. Un abcès se forme alors ; convenablement traité, ouvert à temps et drainé, il suit les phases habituelles d'un abcès chaud ou d'une suppuration ganglionnaire aiguë et se ferme rapidement après s'être vidé. Mais, dans d'autres conditions, lorsque surtout l'on a affaire à des malades scrofuleux, l'abcès ne se cicatrise pas, reste fistuleux et fournit, pendant longtemps, une certaine quantité de pus. C'est à cette suppuration ganglionnaire *chronique* de la vérole que l'on a pu, sans exagération, donner le nom d'*écrouelles secondaires.* » Nous ne saurions trop insister sur ce fait singulier, c'est que la scrofule, diathèse suppurante par excellence, paraît cependant n'évoluer qu'à regret, sous forme de suppuration, dans les ganglions syphilitiques. La suppuration est loin d'être fatale, et si elle se produit, la tendance à la cicatrisation prompte est manifeste, à condition bien entendu que le sujet ne soit pas en pleine diathèse strumeuse (Verneuil). Les ganglions suppurent parce que le sujet est strumeux; mais si, sous l'influence du traitement, la syphilis cesse son action, la suppuration s'arrête, le sujet n'étant pas dans une phase aiguë de scrofule. Les accidents que peuvent entraîner ces manifestations strumeuses secondaires sont les mêmes que ceux de l'adénite primitive. Nous rappellerons, d'après M. Fournier, la possibilité d'*abcès rétro-pharyngiens*, consécutifs à des adénopathies syphilo-strumeuses suppurées.

Si les adénopathies secondaires prennent la forme chronique, on peut observer à leur niveau des manifestations tertiaires.

3° *Adénopathies tertiaires.* — Leur étude clinique est à peine ébauchée, malgré les travaux de Potier, Salneuve, Adam, Gosselin, Verneuil, Virchow, Lancereaux, Fournier et l'enseignement clinique du Midi et de Lourcine. Il nous est impossible d'indiquer l'influence que le terrain scrofuleux peut exercer sur ces manifestations. Nous verrons à propos des gommes l'influence de la scrofule sur leur localisation dans les ganglions, forme habituelle des adénopathie tertiaires.

Diagnostic. — L'étude du bubon syphilo-strumeux conduit à des considérations importantes pour le diagnostic. En présence d'un chancre, suivi d'anénopathie suppurée, on ne devra pas conclure immédiatement, comme on a trop de tendance à le faire, à la non-spécificité de ce chancre. Le bubon suppuré syphilitique se distingue par une tendance plus marquée vers la guérison

1. *Annales de Dermatologie*, 1872.

ou la chronicité que vers le phagédénisme, si fréquent dans le bubon chancreux. La connaissance des deux diathèses chez le même sujet lève en général les difficultés du diagnostic. Mais, et c'est ici le point important, en dehors de toute notion sur les antécédents scrofuleux du sujet, la formation d'une adénite suppurée fera penser de suite à la strume, héréditaire ou acquise, et conduira à une thérapeutique rationnelle.

Les adénopathies syphilo-strumeuses peuvent, elles aussi, créer des incertitudes dans le diagnostic. Elles seront facilement levées si l'on reconnaît la coexistence des deux diathèses; mais souvent, soit par défaut d'interrogatoire, soit parce que l'on cache la vérité, cette notion fait défaut au chirurgien, qui risque alors de commettre des erreurs graves. « Supposez, dit M. Fournier, que de telles lésions se présentent à un médecin qui n'est pas éclairé sur les antécédents diathésiques de son malade (et les syphilitiques ne s'empressent pas toujours de vous renseigner sur les antécédents spéciaux); dans ce cas, l'origine spécifique de ces adénopathies courra risque d'être méconnue. Elle l'est souvent, en effet. C'est pour cette raison que les adénopathies secondaires, de forme strumoïde ou inflammatoire, passent pour beaucoup plus rares qu'elles ne sont en réalité. On les rapporte facilement à des causes banales. On les prend pour de simples bubons inflammatoires ou strumeux, sans remonter à leur *origine véritable*. On ne soupçonne pas assez la vérole de pouvoir les déterminer. La vérité cependant est que la vérole leur sert fréquemment d'origine, car il ne se passe pas d'années où une dizaine de cas de cet ordre ne se présentent ici à notre observation. »

Mais il est une forme d'adénite syphilitique tertiaire qu'il est presque impossible de différencier des adénites syphilo-strumeuses; je veux parler de cette infiltration poly-ganglionnaire, probablement de nature gommeuse, à marche chronique, à processus à la fois ulcéreux et hyperplasique, qui paraît se développer en dehors de tout antécédent héréditaire ou acquis. Comme ces lésions sont la plupart du temps observées sur des sujets minés depuis longtemps par la diathèse syphilitique, on peut admettre que l'action prolongée de la vérole produit une déchéance organique analogue à la dyscrasie scrofuleuse, ou croire que la scrofule latente chez le sujet et qui ne se serait jamais manifestée, a été mise en activité par la syphilis.

Ce qui complique encore le diagnostic, c'est que, si le traitement à la fois tonique et anti-syphilitique fait souvent disparaître rapidement ces accidents, ceux-ci présentent parfois à toute action médicamenteuse une résistance invincible. C'est évidemment des faits

de ce genre que Bazin avait en vue lorsqu'il écrivait[1] : « On ne trouve nulle part mentionnés les ulcères lymphatiques tertiaires qui ressemblent d'une manière frappante à des ulcères scrofuleux. Dans un cas, la ressemblance était parfaite ; mais comme il existait en même temps que les ulcères lymphatiques des gommes du voile du palais et de la face antérieure du sternum, je fus mis aisément sur la voie du diagnostic. J'ajouterai que les résultats du traitement confirmèrent mon appréciation, puisque au bout dix semaines le malade sortit complètement guéri. » En résumé, dans la troisième période, on trouvera de véritables bubons syphilitiques suppurants, analogues aux bubons scrofuleux. Enfin, pour terminer ce qui a trait au diagnostic, rappelons qu'il existe, chez les sujets syphilo-strumeux, une forme d'*hypertrophie poly-ganglionnaire* avec leucocytose qui peut en imposer pour l'adénie.

PRONOSTIC. — Ces développements nous permettent d'être bref sur le *pronostic*. La scrofule aggrave toujours les adénopathies syphilitiques. La syphilis primaire, sans gravité par elle-même, peut devenir sérieuse par le fait de la suppuration rendue possible. La guérison cependant est la règle. La secondaire est singulièrement aggravée par la suppuration, la dégénérescence strumeuse et les désordres dans les parties voisines, phlegmons, phlébite, etc.

Enfin l'adénopathie syphilo-strumeuse a une valeur pronostique grave, car le grand nombre, le développement exagéré et la dissémination des glandes sur plusieurs régions, les lésions inflammatoires et fongueuses, coïncident fréquemment avec des manifestations syphilitiques plus ou moins sérieuses, notamment avec des troubles intéressant les organes splanchniques (Fournier).

5° Œil. — La syphilis et la scrofule prennent souvent le globe oculaire pour terrain d'évolution; il n'est donc pas étonnant, *a priori*, que les deux diathèses s'influencent réciproquement. Mais ici leur fusion ne paraît pas aussi intime que dans d'autres organes ou systèmes organiques, comme les ganglions lymphatiques par exemple. C'est que la syphilis et la scrofule frappent de préférence certains points qui ne sont pas les mêmes pour les deux maladies. On sait en effet que la scrofule a une prédilection pour la cornée, puisque les 9/10 des affections cornéennes primitives s'observent chez les strumeux. L'iris n'est au contraire que fort rarement occupé par la strume, et ne l'est presque jamais que

1. *Leçons sur la syphilis*, p. 82.

consécutivement à des inflammations de la conjonctive et de la cornée.

L'iritis scrofuleuse primitive a même été mise en doute, opinion exagérée, car elle est seulement très rare. La syphilis au contraire affectionne l'iris, où siège la majorité des manifestations véroliques locales de l'œil. On décrit des choroïdites, des rétinites syphilitiques, mais comme affections rares, presque toujours consécutives à des iritis (Panas, Julien). Mais si les deux diathèses sont moins ici que partout ailleurs exposées à se rencontrer et à fusionner leurs manifestations, elles exercent cependant les unes sur les autres une influence incontestable, un peu méconnue aujourd'hui, mais qui a joué un moment un grand rôle dans la pathologie oculaire. On sait qu'en 1858, Hutchinson s'efforça de démontrer que la kératite scrofuleuse interstitielle n'était qu'une manifestation de la syphilis héréditaire et de là le nom de *kératite hérédo-syphilitique* qu'il lui imposa, opinion qui n'a pas prévalu en 1871, à la Société de chirurgie.

Kératites. — Quelques auteurs ont rattaché certaines lésions de la cornée à la syphilis. Follin dit : « La cornée est quelquefois atteinte et cette forme de *kératite* tenace, chronique, se manifeste surtout à une époque avancée de la syphilis par des dépôts plastiques plus ou moins épais, dans le tissu de la membrane. Mais c'est le plus souvent du côté de l'iris, de la choroïde et de la rétine que se font les exsudations syphilitiques de l'œil. » Terrier dit à son tour : « Pour Follin, Rollet, Galezowski, A. Fournier, H. Dietlen, la kératite parenchymateuse résulterait aussi de la syphilis acquise; on la verrait le plus souvent à la période secondaire, exceptionnellement à la période tertiaire[1] ». On a même essayé de décrire la kératite parenchymateuse dans la syphilis acquise (G. Th. Lacombe[2]) et de la différencier de la kératite parenchymateuse ordinaire (Abadie). Enfin la kératite ponctuée pourrait aussi être causée par la syphilis dans plusieurs cas d'iritis syphilitique (A. Sichel).

On voit que l'histoire des lésions cornéennes de la syphilis est encore bien obscure. Pourtant l'action de celle-ci n'est pas douteuse, lorsque, par exemple, ces lésions prennent naissance en même temps qu'une poussée de syphilides se produit à la surface de la peau. Dans ce cas, l'action pathogénique de la vérole ne peut être mise en doute ; mais elle ne s'exerce, et c'est là le point spécial qui nous intéresse, que si le sujet, par sa constitution scrofu-

1. *Path. externe*, t. III, p. 102.
2. *Th. de Paris*, 1879.

leuse, est prédisposé aux kératites. En un mot, la syphilis n'évolue que sur un terrain tout préparé aux inflammations.

Du reste les kératites scrofulo-syphilitiques ne diffèrent en rien des formes purement scrofuleuses. Le *diagnostic* en est impossible sans la connaissance des deux diathèses en puissance chez le même sujet. En résumé, nous croyons à l'existence de kératites développées par le fait de la syphilis; mais la condition presque indispensable de leur apparition est la prédisposition créée par la scrofule, qui dans cette association sur la cornée, tient évidemment le premier rang et dicte l'indication thérapeutique.

Iritis et irido-choroïdite. — Si la vérole n'atteint pas volontiers la cornée, elle affecte au contraire fréquemment l'iris. L'historique de l'iritis syphilitique se trouve aujourd'hui dans tous les traités classiques. Mais, parmi les auteurs qui s'en sont occupés, nous devons mentionner particulièrement ceux qui ont fait entrer la scrofule comme élément important dans la production des manifestations iriennes de la vérole. Cette donnée étiologique est de date récente, car on ne s'est d'abord préoccupé que de la description anatomique et séméiologique de ces manifestations. Aussi, la plupart des observations ne sont-elles d'aucune utilité, car en dehors de la vérole, il n'est presque jamais fait mention des antécédents diathésiques du sujet. Cependant Mackensie a écrit : « Il est bon de se rappeler qu'une inflammation qui commence par être syphilitique peut devenir scrofuleuse, par suite de la prédominance de cette cachexie dans l'économie, ou être modifiée dès son début par la diathèse scrofuleuse. » M. Desprès a dit que : « Les iritis, chez les scrofuleux syphilitiques, sont presque aussi fréquentes que chez les rhumatisants syphilitiques. »

D'après M. Fournier « l'iritis est une manifestation secondaire assez rare, et qui paraît être liée à un état général mauvais, se traduisant souvent par des pustules d'ecthyma (Bateman, Rollet). M. Terrier l'a observée deux fois chez des syphilitiques manifestement scrofuleux. Mais cette simple notion étiologique a été singulièrement étendue par M. Verneuil, sous l'inspiration duquel M. Popp a choisi comme sujet de thèse *De l'Iritis syphilitique chez les scrofuleux.* L'auteur donne six observations d'iritis syphilo-strumeuse et tire de leur analyse des déductions importantes, au point de vue étiologique, séméiologique et thérapeutique.

La scrofule, comme cause déterminante des iritis syphilitiques, nous paraît un fait hors de doute. Les observations éparses montrent presque toujours la scrofule ou l'arthritisme en état de puis-

sance ou d'activité chez les sujets syphilitiques frappés d'iritis. Nous ne voulons pas dire par là que tout sujet scrofuleux, devenu syphilitique, sera frappé d'iritis; car la scrofule n'atteint que rarement l'iris, et tandis que, dans les kératites, nous la voyons primer la syphilis, dans les manifestations iriennes, au contraire, elle ajoute peu aux ravages de la vérole.

Voyons maintenant si le mélange des deux diathèses va modifier la séméiotique de l'iritis syphilitique. Nous rappellerons que la division la plus généralement adoptée est celle *d'iritis séreuse* et *d'iritis parenchymateuse* que, d'après les travaux de Græfe et Colberg, Loring et Eno, Nitot, etc., on peut aussi appeler *gommeuse*.

Or, la forme dite séreuse paraît être la plus fréquente chez les scrofuleux. Sur cinq observations d'iritis chez les scrofuleux, rapportées par M. Popp, quatre fois la phlegmasie revêt cette forme. Le fait ne paraît pas étonnant, si l'on se rappelle que la marche ordinaire des manifestations scrofuleuses de l'œil est plutôt subaiguë que rapide, et qu'il y a tendance à l'envahissement et à la destruction des tissus, sans tendance appréciable à la réparation, tant que la diathèse est en action. Aussi voyons-nous l'iritis syphilitique des scrofuleux évoluer sans fracas. Les fausses membranes sont rares et n'ont aucune disposition à s'organiser; ce sont plutôt des exsudats séro-purulents que des fausses membranes véritables, organisées, comme dans l'iritis syphilitique des rhumatisants. La tendance au processus ulcéreux se manifeste souvent par une kératite ponctuée qui accompagne l'iritis, et qui a pour siège habituel la face profonde de la cornée. Le liquide qui remplit la chambre antérieure est en général louche et souvent purulent. Cet hypopion toutefois ne présente rien de spécial et peut être aussi bien attribué à la kératite concomitante qu'à l'iritis elle-même (Arlt).

Si la forme séreuse est presque la règle dans l'iritis syphilitique des scrofuleux, la forme gommeuse, quoique plus rare, s'observe aussi chez eux. Dans une excellente thèse sur les *gommes syphilitiques de l'iris et du corps ciliaire*, M. Nitot a condensé en 1880 les travaux faits sur ce sujet. Il reconnaît à la syphilis qui produit les gommes de l'iris une gravité exceptionnelle, et il ajoute : « Les auteurs classiques considèrent *l'iritis parenchymateuse* comme appartenant à une syphilis maligne, probablement à cause du terrain sur lequel elle exerce ses ravages. »

Panas et Rollet pensent que l'iritis syphilitique se lie souvent à l'ecthyma et à d'autres manifestations graves de la syphilis, surtout chez les individus cachectiques et d'un tempérament scrofuleux.

opinion d'autant plus acceptable qu'on a observé des condylomes chez les enfants scrofuleux non syphilitiques (Galezowski).

Nous regrettons seulement que les antécédents morbides de tous les malades n'aient pas été notés dans le travail de M. Nitot, alors surtout que chez plusieurs d'entre eux on signale les angines, les kératites, les adénopathies qui se rattachent souvent à la diathèse scrofuleuse.

Dans l'observation IV, le sujet, jeune garçon de vingt et un ans, d'une constitution lymphatique, portait, outre une adénopathie cervicale aiguë, une gomme de l'iris, un *exsudat purulent* à la surface de la tumeur et une *kératite ponctuée* concomitante.

M. Tourmeau rapporte, dans sa thèse[1], un cas de suppuration de l'iris chez un scrofuleux syphilitique. Ne s'agit-il pas là d'une gomme syphilitique suppurée? C'est l'opinion de l'auteur, qui ajoute : « Cette observation est très intéressante au point de vue du diagnostic étiologique. En effet, le malade est sous le coup de deux diathèses, scrofule et syphilis, qui toutes les deux peuvent amener des désordres oculaires graves. Évidemment les premiers symptômes : photopsie, mouches volantes, toiles d'araignée, survenus quelque temps après les accidents secondaires, roséole, plaques muqueuses, etc., sont de nature syphilitique non douteuse, et à coup sûr, si l'exsudation pupillaire n'eût empêché de pratiquer l'examen ophthalmoscopique, on aurait trouvé une choroïdite syphilitique avec flocons filiformes du corps vitré. L'iritis, survenue plus tard, doit également être mise sur le compte de la syphilis et fait suite à la choroïdite. Mais à quoi faut-il rapporter l'abcès irien? On n'a jamais attribué les abcès de l'iris à la syphilis. Aussi faut-il accorder un grand rôle dans leur production à la diathèse scrofuleuse, dont les manifestations ont été si nombreuses chez ce malade. Le terrain avait été préparé par la diathèse syphilitique, et la diathèse scrofuleuse n'a pas eu de peine à s'y établir. D'ailleurs c'est l'explication qu'a donné Ammon dans un cas identique[2]. » M. Galezowski parlant de ce malade disait : « Cette affection est sous la dépendance de deux diathèses, syphilis et scrofule. La syphilis a produit l'iritis ; mais, en raison de la constitution scrofuleuse de l'individu, un abcès avec hypopion est venu s'enter sur l'iritis. La syphilis produit quelquefois des iritis pustuleuses (Ricord), mais jamais d'iritis avec abcès et, dans le cas actuel, il a fallu la simultanéité des deux diathèses, pour expliquer la nature et la marche de l'affection. »

1. *Abcès de l'iris chez les scrofuleux*. Paris, 1879.
2. *Zeitschrift für die Ophtalmologie*. Dresden, 1830.

On trouve aussi une observation d'irido-choroïdite chez un scrofuleux, dans la thèse de M. Serrigny, qui a fait une bonne étude sur les complications de l'iritis syphilitique. En somme, on voit qu'il ne faut pas considérer la forme séreuse comme la règle absolue chez les scrofuleux syphilitiques.

Après les modifications objectives que l'on peut rattacher à l'association de la syphilis et de la scrofule, voyons si les symptômes fonctionnels et généraux sont également influencés.

La différence entre les iritis syphilitique et scrofuleuse simples n'est pas assez marquée pour que l'on puisse trouver dans la symptomatologie des modifications tranchées, produites par l'association des deux diathèses. Voici ce qu'en dit M. Fournier : « Comme lésions, symptômes et dangers, l'iritis syphilitique présente une analogie incontestable et incontestée avec les autres iritis de nature non spécifique. Mais, ces analogies constatées, il n'est pas moins essentiel de connaître les différences. Tout n'est pas identique entre l'iritis produite par la vérole et les iritis vulgaires. Si l'on analyse minutieusement la symptomatologie propre aux phlegmasies iriennes de la syphilis, on arrive à distingner certains caractères, certaines particularités qui peuvent, dans nombre de cas, les différencier des phlegmasies d'autre nature. » Il est donc logique de conclure que l'adjonction de la vérole à la scrofule peut produire diverses modifications séméiologiques que nous allons exposer.

La *douleur* présente, dans l'iritis syphilo-strumeuse, des caractères importants qui peuvent, dans les cas difficiles, mettre sur la voie du diagnostic. Les observations de M. Popp montrent le peu de réaction douloureuse observée chez ses malades. L'auteur, d'après M. Verneuil, rattache cette absence de douleur à la diathèse scrofuleuse. L'explication paraît très acceptable ; on sait en effet que la plupart des manifestations scrofuleuses oculaires ne provoquent pas une douleur très vive, laquelle d'ailleurs est toujours moindre que dans les affections similaires de l'œil, tenant à une autre cause ; on est frappé en comparant, à ce point de vue, la douleur intense des ophthalmies et iritis rhumatismales avec la douleur atténuée des mêmes affections de nature scrofuleuse.

Donc l'iritis scrofulo-syphilitique présente en général des douleurs sinon négligeables, au moins fort atténuées.

Mais il faut aussi tenir compte de la forme anatomique et de la marche de l'affection. L'iritis syphilo-strumeuse prend ordinairement la forme séreuse. On peut objecter les douleurs vives, observées dans cette forme (Panas). On a eu surtout en vue, dans ces cas,

l'iritis rhumatismale où la douleur atteint son apogée et il ne faut pas oublier que les lésions de l'iritis séreuse scrofuleuse ne sont pas semblables à celles de l'iritis rhumatismale. Dans le premier cas, il y a tendance à la suppuration et à l'ulcération; dans le second, il y a propension à l'exsudation plastique et à son organisation. Il y a ici la même différence, au point de vue de la douleur, qu'entre la pleurésie aiguë, franche, *a frigore*, et l'espèce bâtarde, indolente, qui accompagne la tuberculose pulmonaire chronique.

En résumé, la scrofule, diathèse peu douloureuse en général, atténue encore ici la douleur en imprimant à la syphilis le mode le plus faible. Assez souvent cette douleur, aiguë au commencement, disparaît ensuite graduellement. Elle varie avec la plus ou moins grande intensité des phénomènes inflammatoires du début et des phénomènes congestifs : injection conjonctivale, cercle périkératique, larmoiement.

Un argument puissant est fourni par ce qui se passe pour la douleur, non plus dans la forme séreuse, mais dans la forme parenchymateuse ou gommeuse de l'affection, car les douleurs sont d'autant plus vives que la maladie a une plus grande tendance à envahir les parties profondes de l'œil. Avant de terminer, disons encore une fois que l'iritis syphilitique est une affection peu douloureuse, sauf chez les rhumatisants, qui paraissent faire exception à la règle. M. Fournier attribue les caractères suivants à l'iritis syphilitique : « Plus modérée, plus calme dans son allure que l'iritis d'autre origine, elle est moins inflammatoire, et souvent exempte de toute irradiation névralgique, de tout larmoiement, de tout signe de réaction locale, de photophobie. » Nous retrouvons ces signes à peu près au complet dans nos observations d'iritis syphilo-strumeuse à forme séro-purulente.

Entre cette description et celle des auteurs anglais, on trouve des différences marquées, surtout en ce qui concerne la douleur qui, d'après Mackensie, serait la plupart du temps très grande. Nous croyons, avec M. Popp, que ces divergences sont expliquées par les différences des sujets; l'Angleterre étant la terre de prédilection de l'arthritisme, l'iritis y prend la forme aiguë et douloureuse de l'iritis rhumatismale. Les mêmes modifications sont observées pour la photophobie et le larmoiement, et les causes en sont les mêmes.

La guérison est un peu retardée par le mélange des deux états morbides; cependant elle est la règle, car c'est la syphilis qui dirige

1. *Journal d'ophthalmologie*, 1872, p. 498.

la marche, et lorsque celle-ci est enrayée par un traitement énergique, et qu'il n'y a pas de complications cornéennes ou rétiniennes, la scrofule ne continue pas isolément son action et tout rentre dans l'ordre.

Nous n'avons pas à faire le *diagnostic* de l'iritis syphilitique, lorsqu'elle existe chez les scrofuleux, les déductions diagnostiques sont les suivantes : la forme séreuse se rapproche beaucoup de l'iritis séreuse simple des scrofuleux; mais cette dernière est fort rare; l'iritis rhumatismale simple ou syphilitique se distingue par la douleur qui domine la scène. La constatation d'une iritis séreuse isolée, à forme subaiguë, indolente, fera penser à l'existence des deux diathèses sur le même sujet et conduira à une thérapeutique rationnelle, s'adressant aux deux états constitutionnels. La forme gommeuse, qui s'observe aussi chez les scrofuleux, se caractérisera par la suppuration interstitielle de l'iris.

De ce qui précède, on peut conclure que le pronostic de l'iritis syphilitique est peu modifié par la scrofule, celle-ci disparaissant presque toujours avec la syphilis par un traitement rationnel. Tout au plus est-il un peu assombri par la tendance des manifestations syphilo-strumeuses de l'iris à se compliquer de désordres du côté des membranes profondes de l'œil.

Choroïdite. Rétinite. — Nous serons très bref sur ces affections. Leur histoire clinique, leurs caractères, comme lésions syphilitiques, sont encore entourés de trop d'obscurité pour que l'on puisse savoir quelles modifications la diathèse scrofuleuse peut leur imprimer. Seulement ces affections compliquent souvent les iritis (Fournier, Panas, Jullien) et surviennent presque toujours chez des sujets lymphatiques, alcooliques, affaiblis par l'âge et la maladie. D'après M. Panas, d'accord avec la plupart des opththalmologistes : « La rétinite ne se montre qu'à titre d'exception chez les sujets syphilitiques. Les causes adjuvantes sont une constitution faible, le *lymphatisme*, et un état cachectique auquel s'ajoute l'âge avancé des malades. » Il accentue cette opinion dans l'article RÉTINITE SYPHILITIQUE du *Dict. de méd. et de chir. pratiques*.

Dans cette étude des affections de l'œil, nous avons surtout trouvé la scrofule aux prises avec la vérole. La tuberculose peut unir aussi son action à celle de la syphilis. Mais presque toujours, lorsque la syphilis suscite la tuberculose oculaire, cette dernière prend une place prépondérante et amène des accidents graves du côté des

1. *Leçons sur les rétinites*, 1878, p. 123.

membranes profondes (B. Anger) et quelquefois dans tout l'organisme.

6° Productions gommeuses. — Les gommes sont, de tous les accidents tertiaires, ceux qui se prêtent le plus à des considérations sur les rapports de la syphilis et de la scrofule, et encore savons-nous actuellement peu de chose sur ce sujet. Nous trouvons cependant dans l'ouvrage de M. Desprès une description succincte, mais nette de la gomme syphilitico-scrofuleuse.

La gomme est une manifestation si fréquente de la syphilis, qu'il est impossible de dire si la scrofule entre pour une part dans son étiologie. Cette question ne pourra être vidée qu'avec des faits nombreux et bien observés. Cependant, d'après l'action manifeste de la strume sur les syphilides, on peut admettre qu'elle favorise tout au moins la production des manifestations gommeuses de la peau et du tissu cellulaire, qui sont de véritables syphilides tertiaires, à forme néoplasique et ulcéreuse. Mais il n'est pas permis d'aller au delà. La *suppuration* de la gomme est très fréquente. La strume la favorise-t-elle et dans quelle proportion? « Les gommes de la syphilis modifiée par la scrofule, dit M. Després, ont un caractère spécial; elles ont un volume relativement énorme et leur contenu est formé par un bourbillon de tissu conjonctif imprégné d'une substance caséeuse, renfermant de la graisse, des globules de pus et quelques éléments fibro-plastiques fusiformes. La peau qui les recouvre est rose, rarement plus foncée. »

L'influence de la strume sur la gomme ouverte et suppurée apparaît d'une façon plus évidente. Ces gommes ulcérées ont souvent une tendance manifeste à envahir les tissus voisins.

Ce que nous avons dit des difficultés du diagnostic des syphilides scrofuleuses de la peau, à forme ulcéreuse, est applicable aux productions gommeuses ulcérées chez les strumeux.

Dans ce qui précède, nous avons eu surtout en vue les gommes du tissu cellulaire, de la peau et des muqueuses. Mais la scrofule exerce sur elles une action variable suivant leur siège. Le fait est aisé à comprendre si on se rappelle que les manifestations strumeuses ont des lieux de prédilection dans lesquels le mélange des deux diathèses pourra s'effectuer dans les meilleures conditions.

7° Système ostéo-fibreux. — Les manifestations périostiques de la vérole subissent l'influence de la strume. Les deux diathèses se favorisent mutuellement. « C'est chez les sujets scrofuleux, miséra-

bles, qu'on observe le plus souvent — après les scorbutiques — les abcès sous-périostiques ou même ces périostites qui ne suppurent point et sont susceptibles de se résoudre. La carie et la nécrose qui suivent les gommes sous-périostiques formées par un pus caséeux analogue au pus des abcès froids, sont étendues » (Desprès). On lit dans Bazin : « La *carie* et la *nécrose* sont quelquefois les conséquences de la périostite et de l'ostéite syphilitiques. Pour la carie, elle reconnaît bien plus souvent une origine scrofuleuse qu'une origine syphilitique. C'est à tort que Melchior Robert considère la carie des côtes comme étant souvent d'origine syphilitique; car je l'ai toujours vue appartenir à la scrofule. Je pense même que la carie du rocher est presque toujours scrofuleuse. »

L'accord est donc loin d'être complet entre les syphiliographes sur les manifestations osseuses de la syphilis. Nous croyons, avec la plupart des modernes, que la vérole peut créer, à elle seule, l'ostéite, la carie, la nécrose, etc., mais nous n'en retenons pas moins que tous s'accordent à donner à la scrofule une part importante dans ces manifestations. Aussi croyons-nous que souvent il s'agit d'un processus à la fois vérolique et strumeux.

L'alliance des deux diathèses est parfois si intime que le diagnostic présente des difficultés presque insurmontables. On partagera notre avis en lisant plus loin deux observations de tumeur fluctuante, sous-musculaire, de la fosse sous-épineuse, et celle d'une gomme suppurée présternale, chez un tuberculeux. Dans ces cas, la lésion revêt à la fois les caractères de l'abcès froid et de la gomme, sans qu'il soit possible de se prononcer pour l'un ou pour l'autre. Il paraît bien plus naturel, dans des cas semblables, d'admettre avec M. Verneuil des gommes syphilitiques, prenant un caractère particulier sur un terrain scrofuleux. Le traitement tonique et spécifique vient, dans beaucoup de cas, confirmer cette manière de voir.

8° Articulations et synoviales. — Nous avons peu de chose à dire de la syphilo-strume des bourses séreuses et des articulations. Dans les travaux récents: de MM. Bordes-Pagès[2], Bouilly[3], Méricamp et Defontaine sur la *Syphilis articulaire*, le classement séméiologique, et surtout anatomo-pathologique est étudié avec le plus grand

1. *Leçons sur la syphilis*, p. 79.
2. *Lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis secondaire*. Thèse de doct. Paris, 1882.
3. *Comparaison des arthropathies scrofuleuses, rhumatismales et syphilitiques*. Thèse d'agrég. Paris, 1878. — Méricamp, th., 1882. — Defontaine, 1883.

soin; mais la question étiologique est négligée. Cependant ces manifestations relativement rares de la vérole sont probablement amenées par des causes accessoires. Quel est alors le rôle qui revient à la scrofule et à la tuberculose, qui attaquent si fréquemment les bourses séreuses et les articulations?

Nous posons le problème sans le résoudre; cependant voici un passage de Jullien[1]: « Beaucoup d'auteurs, notamment Ricord, attribuent le développement de cette lésion articulaire surtout à l'influence d'une constitution débile, plus qu'à celle de la syphilis, et la considèrent comme une manifestation hybride, dans laquelle la scrofule ne jouerait pas le rôle le moins important. Sans vouloir nier, d'une façon absolue, les complications qui peuvent surgir de la coexistence des maladies, nous croyons que l'on ne peut dénier à la syphilis le pouvoir d'engendrer à elle seule des accidents articulaires; en effet, les sujets atteints d'arthropathies tertiaires sont le plus souvent exempts de toute prédisposition strumeuse et, d'autre part, s'il n'est pas un tissu où la gomme ne puisse se développer, pourquoi les articulations en resteraient-elles indemnes ? » Néanmoins on retrouve assez souvent les antécédents scrofuleux et des manifestations tuberculeuses chez les malades atteints de syphilis articulaire. Dans l'observation XIV de la thèse de M. Bouilly, le malade avait une arthrite suppurée du coude avec une fistule pénétrant jusque dans l'article. Le stylet faisait reconnaître la dénudation du cartilage. Ne s'agissait-il pas là d'une arthrite syphilitique suppurée, parce qu'elle évoluait sur un terrain tuberculeux? Dans l'observation XXV de M. Defontaine, il y a eu carie de la phalangette au troisième orteil avant la syphilis et, après, manifestations multiples osseuses at articulaires. N'est-ce pas là un sujet syphilitique scrofuleux? Nous rapprochons de ces faits celui de Henry Trentham Butlin[2].

« Un malheureux jeune homme scrofuleux et syphilitique tout à la fois fut d'abord traité à l'hôpital pour la scrofule (tumeur blanche du genou); lorsqu'il fut amélioré, il sortit de l'hôpital et contracta la syphilis; trois ou quatre mois plus tard, il rentra à l'hôpital pour des accidents secondaires très graves. La face et le corps étaient recouverts d'une éruption confluente avec suppuration et ulcérations larges, superficielles, recouvertes de croûtes. Une iritis double persista longtemps et ne disparut pas complètement, ainsi

1. *Traité de la syphilis*, p. 881. Paris, 1879.
2. *Encycl. intern. de chirurgie*, t. I, p. 169.

que des plaques muqueuses ulcérées de la langue et du pharynx et un gonflement considérable de tous les ganglions lymphatiques. L'état général était très mauvais. En même temps que la scrofule paraissait aggraver toutes les manifestations de la syphilis, la syphilis à son tour retentissait sur les manifestations scrofuleuses. La tumeur blanche du genou, qui était presque guérie, s'enflamma de nouveau et suppura. »

Pour résumer notre pensée, nous dirons : la vérole, par ses manifestations gommeuses surtout, atteint les os et le périoste chez le scrofuleux ; si la lésion est loin d'une articulation, elle évoluera comme nous l'avons vu plus haut ; si elle est juxta-articulaire, il ne répugne nullement d'admettre que, sous l'influence de la strume et de la vérole combinées, l'articulation elle-même puisse se prendre, puisque que la première des deux diathèses pourrait facilement produire à elle seule ce résultat. Si la scrofule occupe déjà l'article, la syphilis sera appelée sur ce point et les lésions deviendront parculièrement tenaces.

Il resterait maintenant à rechercher l'action, sur les viscères profonds, de la syphilis combinée avec la scrofule et la tuberculose, mais cette étude purement médicale sortirait de notre cadre. Nous nous bornerons à dire un mot du testicule et de la mamelle, qui rentrent dans le domaine de la chirurgie. Nous présenterons ensuite quelques observations sur les voies respiratoires et plus particulièrement le larynx, dont les affections intéressent également le médecin et le chirurgien.

9° Mamelle et testicule. — Nous ne savons rien de l'influence du tempérament scrofulo-tuberculeux sur les affections syphilitiques de ces organes. La thèse de M. Landreau sur les syphilomes mammaires (1874) est muette sur ce point. Pour le testicule, M. Rohmer dans sa thèse d'agrégation dit : « Le tempérament et la constitution, si nous en croyons Tedenat, ne donnent lieu à aucune considération particulière ; la scrofule et le lymphatisme offrent plus de prise à la syphilis, mais sans attirer la localisation sur le testicule plus que sur les autres organes. Les *scrofulates de vérole* sont certainement plus fréquents sur la muqueuse bucco-pharyngée que sur la glande séminale. Mais on peut se demander si, chez les individus ainsi débilités, la suppuration est plus fréquente que la sclérose. C'est aux observations à répondre. » Nous trouvons, dans le livre de M. Després, le passage suivant : « Le testicule tuberculeux des syphilitiques est caractérisé par la production de nodosités dans l'épididyme et

quelquefois dans le testicule. Le mal attaque un seul ou les deux testicules à la fois et, comme pour les tubercules du testicule simple, il se développe à l'occasion d'une blennorrhagie, d'une orchite uréthrale, de la continence ou bien à l'occasion de la masturbation ou d'un coup reçu sur les bourses. Il y a production d'hydrocèle concomitante, mais seulement dans le cas où la tumeur a acquis un certain volume. »

10° Organes respiratoires. — Les manifestations syphilitiques de l'appareil de la respiration (larynx et poumon) ne sont pas encore assez connues pour qu'on puisse saisir nettement les liens qui les rattachent aux diathèses scrofuleuse et tuberculeuse. Nous laisserons de côté le poumon, qui appartient au médecin, pour exposer quelques considérations sur les lésions scrofulo-syphilitiques du larynx, qui sont autant d'ordre chirurgical que médical. Grâce aux travaux de Czermak, Gerhard et Roth, Turk, Morell-Mackensie, Lennox Brown et Mac Neil Whistler à l'étranger, aux thèses de Dance, Ferras, Moure, Bouchereau, Tessier et Dupont, et aux leçons de Fournier, Mauriac, Gouguenheim en France, la syphilis laryngée a pris rang dans les cadres de la vérole. Mais la plupart de ces auteurs, préoccupés surtout de classer les formes de la maladie, ont fait bon marché du terrain sur lequel évoluait la vérole, se bornant à indiquer les produits qu'elle allait y faire naître. Cependant le reproche ne s'applique pas à M. Moure et encore moins à M. Tessier qui, groupant vingt et une observations de syphilis laryngée, a si bien montré la relation étroite des deux diathèses, qu'il a intitulé sa thèse : *Syphilis et tuberculose du larynx*. Nous avons nous-même observé un remarquable exemple de syphilis laryngée chez une tuberculeuse, ou de tuberculose laryngée chez une syphilitique. On trouvera dans cette observation un mélange complet des deux maladies.

A priori, il n'est pas étonnant que la scrofule et surtout la tuberculose appellent la vérole au niveau du larynx, qui, en état d'imminence morbide permanente, constitue un lieu de moindre résistance. M. le docteur Cadier, cité par M. Tessier, a exprimé nettement ce fait. « Je tiens à ajouter que l'on rencontre souvent, chez le même malade, le cumul des deux affections syphilitique et tuberculeuse. J'ai même remarqué, d'après un assez grand nombre d'observations, que presque tous les phthisiques, chez lesquels on voit des accidents graves du côté du larynx, avaient été antérieurement atteints de syphilis; je crois moins à une simple coïncidence qu'à la réunion, sur un même individu, des deux états morbides qui, l'un et l'autre, sont

souvent caractérisés par des manifestations laryngées, réunion qui ramène fatalement des lésions plus précoces et plus graves du larynx, par le fait même de l'existence d'anciennes lésions syphilitiques qui constituent alors un appel à la tuberculose. »

Les manifestations laryngées de la syphilis ont été en général rattachées aux périodes secondaire et tertiaire. Les formes qui incombent à la première ont été, avec raison, rapprochées des syphilides cutanées et muqueuses. Ce que nous avons dit des syphilides en général est donc applicable à cet ordre de lésions. Les manifestations tertiaires, la plupart du temps à forme ulcéreuse, doivent surtout attirer l'attention. Elles sont d'ailleurs presque uniquement caractérisées par l'évolution de gommes superficielles (*ulcérations*) ou profondes (*chondro-périchondrites*).

Il ressort des observations de syphilis laryngée chez les tuberculeux, que le début des manifestations laryngées est tantôt sous l'influence de la tuberculose, tantôt sous celle de la syphilis, à peu près avec la même fréquence. Si la tuberculose a débuté, la syphilis trouve un terrain préparé pour son évolution et vient aggraver les lésions. Le début des accidents est en général lent et insidieux. La forme ulcéreuse a une tendance marquée à revêtir la forme serratique, l'aspect velvétique. On observe souvent des productions bourgeonnantes envahissantes, et l'ulcération peut amener la mortification complète de la muqueuse et la nécrose des cartilages. Ces ulcérations ont des points de prédilection qui sont par ordre de fréquence : le bord libre des cordes vocales, la commissure postérieure, la face postérieure de l'épiglotte.

Les symptômes fonctionnels ne présentent rien de spécial; la douleur est en général minime, l'aphonie ou tout au moins l'altération profonde de la voix est la règle.

La marche de la syphilis laryngée chez les scrofulo-tuberculeux est en général progressive et fatale; il peut y avoir des alternatives de bien et de mal, mais presque toujours la mort terminera la scène. Si, au début et pendant la période d'état de la maladie, la syphilis tient une place au moins égale à celle de la tuberculose, cette dernière ne tarde pas à devenir prépondérante. Si dans la plupart des observations il n'est pas fait mention de la terminaison, c'est que la plupart des malades ont été vus à la clinique libre et ne sont pas revenus; mais étant donnée la gravité des lésions pulmonaires, on peut affirmer, d'une façon générale, une marche progressive et probablement une terminaison fatale.

Ce que nous venons de dire de cette laryngite ulcéreuse syphilo-

tuberculeuse, véritablement hybride par son étiologie et ses caractères anatomiques, permet de comprendre combien le diagnostic sera parfois difficile, et combien cependant il importerait au médecin, au point de vue du pronostic, d'être fixé sur l'origine mixte de la maladie. Sa terminaison presque fatale donne, à la connaissance de cette forme, une valeur pronostique considérable.

MARCHE GÉNÉRALE DES AFFECTIONS SYPHILO-STRUMEUSES

La scrofule hâte d'une façon évidente l'apparition et l'évolution des manifestations syphilitiques. Elle est la plupart du temps suscitée par la vérole, avec laquelle elle cesse en général d'agir sur l'organisme. Toutes les manifestations vénériennes ne sont pas également influencées par la strume, mais la plupart de celles qui sont soumises à son action ont une grande tendance à revêtir la forme destructive : suppuration, phagédénisme, ulcération et même, dans des cas très rares, gangrène. La suppuration s'accompagne souvent de productions croûteuses, peu favorables à la cicatrisation des plaies qui sont recouvertes de bourgeons charnus fongueux, lesquels se comportent comme ceux de la scrofule.

Les manifestations scrofulo-syphilitiques ont tendance à revêtir les formes subaiguës ou chroniques, et cette lenteur dans la marche se retrouve dans les symptômes douloureux qui sont en général peu accentués. Rarement il y a réaction générale. L'action de la scrofule et surtout de la tuberculose s'accentue au fur et à mesure que la vérole avance dans son évolution naturelle. Autrement dit, si la syphilis au début suscite l'apparition de phénomènes que l'on peut rattacher à la constitution scrofuleuse, au contraire, la scrofule et surtout la tuberculose dans ses périodes terminales lui donnent une gravité exceptionnelle et parfois dominent la scène en aboutissant par exemple à la tuberculose généralisée.

Souvent, à cette période, il est impossible de faire la part de chacune des diathèses. On a même vu des syphilis modifiées par la scrofule dans certaines affections étrangères à la France et qui sont encore mal connues.

« La géographie médicale signale aussi un pays où la syphilis, modifiée par la scrofule, est plus répandue que la syphilis normale. Le *scherlievo* d'Illyrie, *maladie de Fiume*, est un exemple frappant de cette syphilis modifiée chez une population sale et malheureuse, où la scrofule est le mal régnant du pays.

« Le mal kabyle est également susceptible d'être rapporté à la scrofule; mais il faudrait faire quelques réserves, car la scrofule existe aussi en Kabylie et le mal kabyle peut être à la fois une syphilis modifiée par le scorbut ou par la scrofule. » (Després.)

DIAGNOSTIC

En premier lieu il y aura à se préoccuper de savoir si les deux diathèses existent et à quelle période elles sont parvenues. La chose est loin d'être toujours facile : « Je pourrais multiplier des idées semblables, dit sir James Paget, mais elles rentreraient toutes dans la même règle : 1° la nécessité de reconnaître les états constitutionnels multiples qui peuvent, non pas simplement coexister, mais être combinés chez le même sujet; 2° de tenir compte de chacun d'eux dans le traitement de toute maladie localisée, même si les caractères de cette maladie peuvent suggérer la pensée qu'elle est l'expression d'une seule des constitutions combinées. Ceci doit être une règle pratique, bien que l'analyse des constitutions qu'elle demande puisse être quelquefois impossible, parce que des constitutions peuvent être combinées en nombre et en proportions les plus diverses et quelquefois avec une telle intimité, qu'on ne peut assigner à chacune sa part dans le résultat total. Il peut y avoir une *hybridité* complète dans laquelle on peut seulement dire que chaque partie du résultat est un peu plus ou un peu moins semblable à l'une ou à l'autre des constitutions. »

La présence de telle ou telle manifestation chez un sujet syphilitique, ses caractères anatomiques et cliniques, peuvent mettre le clinicien sur la voie du diagnostic de la diathèse scrofuleuse.

Disons en terminant que parfois ce diagnostic est impossible. « La scrofule modifie à ce point l'aspect des ulcérations syphilitiques tertiaires que le diagnostic peut être très difficile, et que le traitement seul parvient à lever les doutes. » (Verneuil, *Congrès de Londres*.)

PRONOSTIC

Nous nous sommes déjà étendus sur la gravité des manifestations syphilitiques chez les scrofuleux.

Au début, le pronostic de la syphilo-strume est à peu près ce qu'il est dans la syphilis prise en général. Tout au plus est-il fa-

cheux à cause des suppurations ganglionnaires qui peuvent laisser après elles des cicatrices désagréables, pour les femmes en particulier.

A la période secondaire, il est plus sérieux, à cause de manifestations qui peuvent compromettre la vie, ou tout au moins ébranler la santé et laisser des traces indélébiles : adénopathies de la face et du cou, lésions oculaires, ulcérations de la peau et des muqueuses.

A la période tertiaire, le pronostic s'assombrit encore, car la syphilis a une tendance à amener la cachexie; si la strume et surtout la tuberculose se mettent de la partie, la vie est compromise. Cette gravité varie avec le genre de manifestations; c'est ainsi que les lésions laryngées des tuberculeux paraissent hâter singulièrement la mort.

THÉRAPEUTIQUE.

I. **Thérapeutique générale.** — Le traitement des manifestations syphilo-strumeuses est une conséquence importante de leur étude clinique. La première indication est de s'attacher, la plupart du temps, presque autant au traitement antiscrofuleux qu'au traitement antisyphilitique.

Cette notion est ancienne, car Ricord disait : « Ai-je besoin d'ajouter d'ailleurs que ce n'est pas à une médication exclusive qu'il faut avoir recours? Lorsque la syphilis se complique d'autres maladies, les complications doivent être d'autant moins négligées qu'elles peuvent en recevoir elles-mêmes une impulsion ou une excitation fâcheuse. Il faut alors attaquer ensemble les deux affections concomitantes, sans négliger aucun des éléments particuliers qui peuvent servir aux indications thérapeutiques. » Les mêmes opinions sont émises par sir James Paget (p. 105) : « Dans un cas donné quelconque, il peut être très difficile ou impossible d'analyser l'état constitutionnel complexe qui résulte de l'hérédité, de la syphilis, du traitement, d'une foule de circonstances. Mais on peut poser en toute sûreté la grande règle de pratique suivante ; dans chaque cas de syphilis, il est essentiel de découvrir, si possible, la constitution héréditaire du sujet et de traiter cette constitution au degré nécessaire en même temps que l'on traite le syphilis. Ainsi, à tout malade qui a une scrofule évidente ou la tuberculose, ou une tendance à cette affection, le mercure ne doit pas être administré; il vaut souvent même mieux abandonner la syphilis primitive à elle-même que de le donner et, quand on le donne, il doit être associé à l'huile de foie de

« Le mal kabyle est également susceptible … autres
scrofule; mais il faudrait faire quelques … che de la
existe aussi en Kabylie et le mal kabyle per… re obser-
modifiée par le scorbut ou par la scrofu… erculose,
… en même
… mpte, mais
DIAGN… aments spé-

En premier lieu il y aura … ndications de théra-
diathèses existent et à qu… mercure, sous ses diffé-
chose est loin d'être touj… ques, devra être administré,
idées semblables, dit sir … en effet, si dans certaines for-
dans la même règle : … , il doit être employé à dose pres-
tutionnels multiples … mes, au contraire, il devra être admi-
mais être combiné… ous telle ou telle forme particulière et
d'eux dans le tr… rand soin.
caractères de ce… assium est en général indiqué dans les formes
l'expression d'… ne secondaires des manifestations syphilo-strumeu-
une règle p… te moins de contre-indications que le mercure. Mais
demande pr… édicaments ont une action souvent fâcheuse sur la marche
tutions p… berculose qui subit, à un moment donné, l'influence désas-
plus div… de la vérole. On se trouve alors presque complètement désarmé,
assign… terminaison fatale de la syphilo-tuberculose est la règle habi-
hybr… de.

que… si le traitement spécifique est nécessaire aux scrofuleux vérolés, le
à … aitement tonique et reconstituant est plus indispensable encore. Tout le monde est aujourd'hui d'accord sur ce point. M. Fournier esquisse ainsi ce traitement : « Vous aurez souvent à prescrire les divers agents de la médication tonique et reconstituante : en premier lieu, le *fer* éminemment précieux pour combattre la chloro-anémie, l'asthénie syphilitique et tous ces phénomènes de langueur, de dépression générale, qui sont si communs chez la femme pendant la période secondaire : le *quinquina*, les *amers*, l'*huile de foie de morue*, les bains salés, sulfureux, les eaux minérales (Uriage, Cauterets, Aix en Savoie, Luchon, etc.), les douches froides et l'hydrothérapie, qui ont souvent donné d'excellents résultats; les bains de mer, le séjour à la mer et à la campagne. » Enfin, il va sans dire que si jamais les soins hygiéniques doivent avoir une place en thérapeutique, ce sera ici qu'on devra les employer.

II. Thérapeutique spéciale. — 1° *Chancre*. — Le chancre

...eux ne demande pas d'autres soins que celui
...endant, comme il peut être suivi d'adéno-
...soigneusement toute cause d'irritation
...d'abcès au pli de l'aine.
...syphilis bucco-pharyngée, voici
...ocale. Les astringents : alun,
...ec le nitrate d'argent, la
...s dans les formes légères ;
..., à marche envahissante, néces-
...ergiques avec le nitrate acide de

...e la scrofule et de la syphilis mélangées,
... par le fait de la première, l'hypertrophie
...e et peut occasionner des troubles sérieux de
...posé et pratiqué la *destruction partielle* et l'*abla-*
...*ydales*. La première a été réalisée dans ces derniers
... M. Krishaber, qui pratique la transfixion des amygdales
... en du thermo-cautère. Cette méthode, longue et douloureuse,
...es inconvénients, et ne paraît applicable qu'à un nombre restreint de cas.

L'amygdalotomie est la vraie méthode chirurgicale. Les indications ne sont pas différentes des indications ordinaires de cette opération ; mais on allègue de nombreuses et sérieuses contre-indications ; l'état inflammatoire aigu, malgré l'opinion de Chassaignac, paraît en être une. (Pierson, de Saint-Germain.) C'est aux topiques qu'il faut d'abord avoir recours. Les dangers d'une hémorrhagie, l'inflammation et les transformations de la plaie seront bien plus sûrement évités.

La présence de plaques muqueuses, d'ulcérations secondaires et tertiaires, constitue une contre-indication formelle pour les uns, négligeable pour les autres. La surface des sections, disent les premiers, se transforme en plaque muqueuse ou en une autre ulcération spécifique (Verneuil, L.-H. Petit, Dusterhoff, Gouguenheim). Elle guérit sans se transformer et rapidement, affirment les seconds (Cornil, Mauriac, Th. Anger, Barduzzi, Jullien). Gilles cite un certain nombre de scrofuleux syphilitiques opérés, chez lesquels la guérison est survenue promptement, sans transformation de la plaie opératoire. Nous croyons que cette diversité d'opinions provient de la variété des cas et de la forme différente de la manifestation morbide, de la marche de la maladie, etc. Il est donc difficile d'établir une formule générale. Il paraît cependant acquis,

que l'ablation de l'amygdale donne naissance à une plaie qui se cicatrise assez souvent comme une plaie simple. Ce n'est pas à dire pour cela que l'intervention doive être la règle; une indication formelle réside dans la menace d'asphyxie et, en présence d'un danger immédiat, peu importe au chirurgien qu'il y ait ou non transformation de la plaie. Si l'hypertrophie est compatible avec la vie, on ne devra intervenir que d'après des considérations particulières à chaque cas, mais sans être arrêté par la crainte de substituer une ulcération spécifique opératoire à une ulcération spécifique spontanée, puisque nous savons que cette transformation est loin d'être la règle.

Ce qui précède s'applique aux scrofuleux; mais, quels que soient les liens de parenté qui relient la scrofule et la tuberculose, la présence de cette dernière, en voie d'évolution, contre-indiquerait toute opération, à cause de la facilité avec laquelle les granulations tuberculeuses évoluent sur les plaies bucco-pharyngées.

D'après la communication de M. Verneuil, au congrès de Londres, le chirurgien devra être réservé, quant à l'intervention chirurgicale, dans le cas de rétrécissement syphilitique du rectum chez les tuberculeux.

3° *Syphilides.* — La thérapeutique qui convient dans les manifestations strumo-syphilitiques cutanées et muqueuses, présente deux indications principales : 1° empêcher, autant que possible, les manifestations graves et dont l'apparition et l'évolution sont favorisées par les deux diathèses; 2° combattre énergiquement les manifestations lorsqu'elles surviennent. La première indication est remplie par l'association des médications antistrumeuse et antisyphilitique, qui doivent être instituées au début de toute syphilis chez un scrofuleux. La deuxième indication comprend la médication interne par le mercure et les toniques ou le traitement mixte, qui produit souvent des cures merveilleuses. La médication externe est presque toujours indispensable, à cause de la forme anatomique habituelle des scrofulo-syphilides. « Toutes les syphilides pustulo-crustacées à croûtes larges, épaisses et recouvrant des ulcérations véritables, réclament un traitement topique » (Fournier). Contrairement à l'opinion de M. Ott, qui respecte les croûtes, le premier soin sera de les faire tomber au moyen de bains, de cataplasmes, de pansements au sparadrap simple ou de Vigo. Les ulcérations à découvert seront soumises aux différents topiques cicatrisants : teinture d'iode, nitrate d'argent, iodoforme, oxyde de zinc, tannin, quinquina, charbon. Dans les formes phagédéniques, les caustiques énergiques, et même

le fer rouge, trouveront leur emploi, et le chirurgien hésitera d'autant moins qu'il s'agira souvent d'organes particulièrement importants, comme les organes génitaux.

4° *Adénopathies.* — L'apparition de l'adénopathie syphilo-strumeuse suppurée exige impérieusement l'administration immédiate du traitement tonique antiscrofuleux et antisyphilitique. Il n'y a pas de temps à perdre, étant données les manifestations graves auxquelles le malade est exposé. Si l'adénite prend le caractère inflammatoire, les antiphlogistiques, les dérivatifs et les révulsifs pourront être employés, pour que la suppuration n'ait pas lieu. Si le pus se forme, l'incision, le lavage, le drainage de l'abcès, faits au moment propice, pourront amener rapidement la guérison. Mais si, ce qui est assez fréquent, l'état fongueux survient, il faut avoir recours à un traitement local plus énergique. C'est alors que la cautérisation plus ou moins énergique des fongosités, le débridement des trajets fistuleux, et surtout la compression, permettent d'obtenir plus ou moins rapidement la guérison.

5° *Œil.* — Pour les formes syphilo-strumeuses des affections oculaires, on instituera le traitement général des deux diathèses; sans oublier qu'ici la scrofule étant accessoire, il ne faut pas perdre de temps à attendre les résultats de la médication générale, mais au contraire agir vite et énergiquement, à cause des complications fréquentes et redoutables, résultant de l'adjonction à la vérole de la scrofule et de la tuberculose. D'après M. Fournier : « Il faut se méfier de l'iritis syphilitique et la traiter, non pas seulement pour elle-même, mais en prévision des autres lésions oculaires qu'elle peut entraîner à sa suite. » Cette double étiologie des affections oculaires rendra aussi le chirurgien circonspect dans l'exécution d'opérations telles que l'*iridotomie* de Cheselden, l'*iridorrhexis* de Desmarres, l'*iridectomie* de von Græfe. Enfin, chez les vérolés scrofuleux, l'organe visuel devra être l'objet d'une surveillance particulière et de soins hygiéniques scrupuleux.

6° *Productions gommeuses.* — Les gommes des scrofuleux présentent peu d'indications spéciales. Ce que nous avons dit des adénopathies leur est applicable et le traitement scrofulo-syphilitique trouvera là son emploi. Le traitement mixte sera particulièrement indiqué. La suppuration de la gomme une fois établie, on peut encore espérer la résorption du pus; si on ne peut l'obtenir, on traitera la gomme suppurée comme un abcès ordinaire; les préparations iodées à l'extérieur sont très efficaces. Le phagédénisme et autres complications de l'ulcération gommeuse, trouveront leur

remède dans la médication déjà indiquée à propos des dégénérescences strumoïdes des ganglions.

7° Les *gommes périostiques* seront traitées comme les autres, mais si, par le voisinage d'une articulation, elles donnent naissance à des lésions péri-articulaires ou intra-articulaires pouvant simuler des lésions purement scrofuleuses ou tuberculeuses, il ne faudra pas perdre de vue que l'intervention chirurgicale doit être d'autant plus réservée que, souvent, un traitement syphilitique et tonique bien conduit a fait disparaître tous les accidents qui paraissaient justiciables de la médecine opératoire (Bonnet, Bouilly).

8° Les *voies respiratoires* présentent des indications thérapeutiques importantes. Les manifestations syphilitiques du larynx chez les scrofuleux, et surtout chez les tuberculeux, offrent une gravité exceptionnelle, qui exige qu'on combatte immédiatement et énergiquement toute manifestation de la vérole chez ces malades. Malheureusement la thérapeutique est ordinairement impuissante. On aura certainement quelque action sur des manifestations aiguës, œdème, congestion, spasme, etc., en employant les moyens appropriés. Le traitement mercuriel et mieux encore le traitement mixte fera souvent merveille, mais il ne faudra pas s'abandonner à une sécurité trompeuse, car, en général, les accidents reparaîtront et finalement la tuberculose, localisée ou généralisée, entraînera la mort. La trachéotomie pourra être utile, mais le chirurgien ne devra pas oublier, d'une part, la marche envahissante et fatale des lésions, d'autre part, la coexistence presque constante d'altérations pulmonaires avancées, qui pourront même contre-indiquer l'opération.

OBSERVATIONS

1° Chancre induré

Obs. I. (Personnelle). — *Chancre induré chez un scrofuleux. — Angine. — Adénopathies suppurées.*

X..., vingt ans, 17 juillet 1882, service de M. Verneuil. Accidents strumeux dans l'enfance : gourme, otorrhée qui persiste encore. Facies strumeux très accentué. Entré pour un gonflement des régions sous-maxillaire et sterno-mastoïdienne du côté droit. Trois semaines après un coït suspect, ulcération qui présente aujourd'hui les caractères suivants : oblongue, perpendiculaire à l'axe de la verge, dont elle

entoure presque la moitié ; fond recouvert de granulations grisâtres, ayant tendance à se recouvrir d'une croûte; périphérie en voie de cicatrisation et recouverte par de petites croûtes jaunâtres; base indurée; ganglions inguinaux, volumineux, durs, peu douloureux; gonflement des ganglions iliaques. Depuis quelques jours, douleur peu vive de la gorge et gonflement notable de la région sous-maxillaire avec rougeur, chaleur de la peau et empâtement du tissu cellulaire.

Angine spécifique avec rougeur vive et érosions; pilules de protoiodure de 5 centigrammes; quinquina et fer. L'ulcération de la verge prit l'aspect des plaies bourgeonnantes, mais l'angine persista ; la tuméfaction ganglionnaire cervicale augmenta et une collection purulente vint saillir à la partie moyenne du bord antérieur du sterno-mastoïdien. L'incision donna issue à une grande quantité de pus crémeux, bien lié. Ce foyer se recolla rapidement et deux jours après il ne restait qu'un très petit trajet fistuleux ; mais plus bas, au niveau de l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien, nouvelle collection avec amincissement et rougeur de la peau. On l'incisa et le 31 juillet la plaie était close. L'empâtement persistait; le chancre était complètement cicatrisé.

Obs II. (Inédite et résumée). — *Syphilis et scrofule. Chancre infectant à forme ulcéreuse. Syphilides ulcéreuses et tuberculeuses. Exostoses. Kéloïdes* — (Dr Leloir, service du Pr Fournier.)

X.., trente-cinq ans, accidents strumeux dans l'enfance. En 1878, chancre infectant du gland, à forme ulcéreuse et qui dura trois mois; gland déformé et déprimé par des cicatrices.

Très rapidement, accidents graves, notamment ulcérations assez profondes aux deux jambes, laissant comme traces de larges macules brunes, un peu décolorées par places; trois kéloïdes datant de la même époque; l'une allongée à gauche du sternum, l'autre sur le trajet du couturier gauche, vers la pointe du triangle de Scarpa; la troisième, enfin, à la pointe du deltoïde gauche. Aucune n'est consécutive à des ulcérations. Pendant soixante jours, traitement au protoiodure et au sirop de Gibert. X... entre à Saint-Louis le 14 janvier 1882. Depuis six semaines, exostoses sur les tibias, très douloureuses, surtout à la pression, peau très adhérente à leur niveau. Petite tumeur dure, mobile, dans l'épaisseur de la joue, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur. Syphilide tuberculeuse à la lèvre inférieure; syphilide en corymbe au niveau de la douzième côte, dans le dos. Traitement : iodure de potassium 3 grammes. Le malade va mieux et sort de l'hôpital.

Il y rentre à la fin de l'année, avec les mêmes accidents, plus accentués. Les exostoses ont fortement augmenté de dimensions. Syphilides persistantes dans les régions dorsale, lombaire, fessière, sternale. Syphilide ulcéreuse à la commissure labiale droite. Les badigeonnages iodés amènent la guérison presque complète des syphilides. Les périostoses sont peu modifiées comme volume, mais la douleur est moindre.

2° Bouche et pharynx.

Obs. III[1]. — *Hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. — Syphilides ulcéreuses.*

F..., vingt-cinq ans. Scrofuleuse; gourme, amygdalites répétées. Syphilides datant d'un mois syphilides vulvaires papulo-hypertrophiques, érosives et diphthéroïdes. Angine. Les amygdales augmentent graduellement de volume et deviennent énormes. Elles sont molles, fongueuses; nasonnement de la voix, légère surdité, un peu de dysphagie. Un mois après le début, l'angine persistait et les amygdales étaient recouvertes de syphilides érosives, remarquables par leur nombre, leur étendue et leur tendance à l'ulcération.

Obs. IV. — *Angine et hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. — Syphilides érosives.*

F..., vingt-trois ans. Adénites cervicales suppurées dans l'enfance, ophthalmies, otorrhées, amygdalites. Syphilis de deux mois. L'angine apparaît et augmente graduellement d'intensité. Les amygdales deviennent énormes, molles, saignantes; on voit à leur surface des érosions grisâtres et opalines. Douleur intense, spontanée et pendant la déglutition : mercure, iode, huile de foie de morue; cautérisation avec le nitrate d argent. Guérison.

Obs. V. — *Hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. — Syphilides erosives.*

F..., seize ans. Dans l'enfance, gourmes, conjonctivites, blépharites; syphilis de deux mois et demi. Syphilides papulo-hypertrophiques ano-vulvaires; adénite cervicale très accentuée. Les amygdales augmentent de volume et se recouvrent de syphilides érosives et papuleuses. Elles deviennent énormes, leurs cryptes sont remplies d'un enduit caséeux. Peu de douleur. Nasonnement de

1. Résumés de quatre observations inédites communiquées par M. Hamonic.

la voix. Traitement mercuriel et anti-scrofuleux, chlorure d'or, huile de foie de morue et amers. Amélioration.

Obs. VI. — *Hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. — Syphilides érosives.*

F..., vingt-deux ans. Scrofule de l'enfance; angines répétées; chancre infectant de la vulve. Syphilides érosives vulvaires et syphilides papulo-squameuses du tronc; adénite cervicale. L'hypertrophie amygdalienne survient rapidement ; tonsilles volumineuses, un peu dures, bientôt recouvertes de syphilides, ayant une tendance manifeste à l'ulcération. Douleur vive; amélioration rapide sous l'influence du traitement mercuriel et anti-scrofuleux.

Obs. VII [1]. — *Hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. — Ignipuncture.*

F..., dix-sept ans. Syphilis en octobre 1881. Elle raconte que, toute jeune fille, elle a souvent eu mal aux yeux et au nez. En décembre survient une énorme hypertrophie amygdalienne; les tonsilles, de couleur rouge sombre, obturent l'isthme du gosier. Amélioration par le traitement mercuriel. Pour combattre l'hypertrophie, cautérisation interstitielle avec le thermo-cautère, qui amène une diminution notable de volume.

Obs. VIII. — *Hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. — Amygdalotomie.*

F..., dix-huit ans. Scrofule et chancre de la fourchette ; hypertrophie très considérable des amygdales et plaques muqueuses de l'anus. M. Desprès soumet la malade au traitement tonique. Légères modifications du côté des amygdales. Excision des tonsilles. Cicatrisation.

Obs. IX. — *Hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. Amygdalotomie.*

F..., trente ans. Manifestations scrofuleuses multiples, plaques muqueuses de l'anus. Hypertrophie amygdalienne très accentuée. Traitement tonique de Desprès. Légères modifications des amygdales. Excision; cautérisation.

Obs. X [2]. — *Hypertrophie amygdalienne simple chez une syphilo-strumeuse.*

1. Résumés de trois observations de la thèse de M. Gilles.
2. Résumés de quatre observations du mémoire de M. Hamonic.

F..., dix-sept ans. Gourmes jusqu'à la menstruation. Œdème vulvaire. Syphilides papulo-hypertrophiques de la vulve. Hypertrophie des deux amygdales. Pas de douleurs. Amélioration légère au bout de deux mois.

Obs. XI. — *Angine avec hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. Iritis.*

F..., dix-huit ans. Adénite sous-maxillaire suppurée dans sa jeunesse. Syphilitique depuis six mois. Syphilides papulo-érosives vulvaires. Iritis. Angine et tuméfaction amygdalienne.

Obs. XII. — *Angine compliquée de syphilides chez une strumeuse.*

F..., vingt-deux ans. Adénites cervicales et ophthalmies dans la jeunesse. Syphilis depuis trois mois. Syphilides vulvaires hypertrophiques, érosives. Angine avec érosions du pilier gauche et de l'amygdale droite.

Obs. XIII. — *Angine et hypertrophie amygdalienne chez une syphilo-strumeuse. — Syphilides graves.*

F..., vingt-huit ans. Accidents strumeux multiples. Adénites, ophthalmie, otorrhée. Syphilitique depuis deux mois. Syphilides papulo-squameuses des membres inférieurs, du tronc, des bras; syphilides ulcéreuses sur la jambe gauche. Ganglions cervicaux; énorme hypertrophie des amygdales qui sont molles, déchiquetées, couleur lie de vin. Angine. Au bout d'un mois et demi environ, l'amygdale gauche, devenue dure, grisâtre, fibreuse, est excisée.

Obs. XIV[1]. — *Syphilides ulcéreuses phagédéniques des amygdales, du pharynx, des fosses nasales à leur orifice, chez une scrofuleuse.*

F..., vingt-huit ans. Antécédents scrofuleux. Syphilis à vingt-deux ans. L'année suivante, des ulcérations apparaissent sur le voile du palais; perforation de la voûte. Elle entre chez M. le professeur Fournier dans l'état suivant : destruction complète du voile du palais; les amygdales, le pharynx, les fosses nasales à leur entrée sont envahies par une vaste ulcération dont la coloration est généralement rose foncé, mais noirâtre sur quelques points. L'amygdale gauche a complètement disparu; l'amygdale droite est ulcérée.

1. Résumés des observations IX, XII de la thèse de M. Pichard.

Vaste cicatrice à la vulve. Traitement : iodure de potassium, 4 grammes.

OBS. XV. — *Lupus syphilitique de la face et de la gorge chez une scrofuleuse.*

F..., trente-quatre ans. Scrofule de l'enfance. Syphilis datant d'une année; ulcérations à marche envahissante et progressive qui ont apparu rapidement sur le visage, et ont rongé la majeure partie des téguments du nez, des joues, du front. Les ulcérations, à fond jaunâtre, entament le derme et se recouvrent rapidement de croûtes. La lésion est presque complètement indolente; le fond du pharynx est couvert d'ulcérations grisâtres, lardacées; ulcération profonde du pilier postérieur droit; destruction de l'amygdale droite; ulcération infundibuliforme de la muqueuse de la voûte palatine; nombreuses cicatrices sur toute la face. Iodure de potassium et pilules Dupuytren.

3° Syphilides.

OBS. XVI (Inédite). — *Syphilis chez une scrofuleuse. Syphilis tuberculeuse de la face. Syphilides du pubis. Syphilides buccales papulo-érosives. Iritis* (Communiquée par M. le Dr Leloir).

F..., vingt-six ans; dans l'enfance, antécédents strumeux : gourmes, adénopathies, maux d'yeux. Réglée à quinze ans et depuis toujours régulièrement.

Les premiers accidents de la syphilis remontent à la fin de mars ou au commencement d'avril 1882, traitement purement local et entrée en juin 1882 pour un iritis de l'œil droit.

Elle sortit améliorée vers le milieu de juillet, mais conservant du trouble de la vue du côté droit. Elle continua le traitement d'une façon régulière : sirop de Gibert, 2 cuillerées. Le 15 novembre, la malade rentre à l'hôpital pour des accidents à la figure. On trouve, sur l'aile gauche du nez et dans le sillon naso-labial correspondant, une syphilide tuberculeuse très dure au toucher. Sur les lèvres et le menton, syphilides recouvertes de petites croûtes. Adénopathie sous-maxillaire.

Pas d'adénopathie cervicale postérieure. Sur le bras droit et dans le dos, quelques syphilides tuberculeuses sèches. Dans la bouche, syphilides labiales papulo-érosives. Au niveau du pubis, quelques syphilides croûteuses dont la plus considérable a l'étendue

d'une pièce d'un franc. Rien à la vulve. Traitement : sirop de Gibert, chlorate de potasse, emplâtre de Vigo. La malade quitte l'hôpital au commencement de décembre 1882.

OBS. XVII (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un scrofuleux alcoolique* (Thèse d'Ory, obs. II).

H..., vingt-cinq ans; scrofule de l'enfance, chancre en février 1872; en mai, plaques muqueuses, impétigo du cuir chevelu; gros boutons verdâtres laissant des cicatrices. Rupia en 1873. En 1875, large plaque de syphilide pustulo-crustacée du cuir chevelu; tuberculisation pulmonaire probable.

OBS. XVIII (Résumée). — *Syphilis tertiaire grave chez un scrofuleux alcoolique* (Thèse d'Ory, obs. IV).

H..., trente-quatre ans; scrofule de l'enfance; fièvre intermittente; alcoolisme. Quatre ans après, augmentation de volume du testicule que M. B. Anger enlève. Ulcération circulaire de la jambe droite. En 1874, nouveaux accidents ulcéreux. En juillet 1875, violentes douleurs ostéocopes; ostéo-périostite de la région malaire et de l'épaule; vastes ulcérations à bords arrondis, taillés à pic, sur la fesse droite, sur la poitrine, au niveau de la cinquième côte gauche et sur le cou-de-pied gauche.

OBS. XIX (Résumée). — *Syphilides précoces chez une scrofuleuse. Syphilis vaccinale* (Thèse d'Ory, obs. VII).

F..., vingt-cinq ans : chancres vaccinaux en décembre 1870; faiblesse très rapide; douleurs ostéocopes. En février 1871, poussée généralisée de boutons rouges, s'ulcérant rapidement et s'accompagnant de fièvre, douleurs violentes, insomnie. Depuis ce moment et surtout en 1873, syphilides ulcéreuses pustulo-crustacées de la face. Affaiblissement notable. En 1875, vaste ulcération spécifique au niveau de l'omoplate. Traitement : iodure de potassium, frictions mercurielles, huile de foie de morue, vin de gentiane.

OBS. XX (Résumée). — *Syphilis maligne chez une malade chlorotique et probablement scrofuleuse. — Adénite suppurée. — Hémorrhagies. — Accidents précoces* (Thèse d'Ory, obs. XI).

F..., vingt-trois ans; père tuberculeux, maux d'yeux dans l'enfance. Mauvaise santé habituelle, chancre phagédénique de la lèvre supérieure en 1873; trois hémorrhagies graves des coronaires; adénite suppurée sous-maxillaire gauche; accidents secondaires : éruption

généralisée à toute la surface du corps. En décembre 1873, corps couvert de plaies et de cicatrices. En janvier 1874, lèvre supérieure et sous-cloison détruites; corps couvert d'ulcérations. Œdème généralisé du membre inférieur gauche. Squames psoriasiformes. Régime tonique. En 1875, amélioration marquée.

Obs. XXI (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un scrofuleux alcoolique. — Phagédénisme du chancre induré. — Adénite suppurée. Accidents multiples ulcéreux moins de deux mois après le début.* (Th. d'Ory, obs. XIX.)

H..., vingt et un ans; scrofule dans l'enfance; état maladif, maux d'yeux, suintement derrière les oreilles, ivrognerie et débauche. Chancre en novembre 1864. Forme phagédénique et adénite suppurée. Ecthyma généralisé en novembre. Tisane de salsepareille, sirop de Gibert; iodoforme sur le chancre non cicatrisé. Vers le milieu de 1875, angine syphilitique, langue douloureuse, tuméfiée, exulcérée; plaques ulcéreuses du scrotum. En septembre 1875, la langue est œdémateuse, douloureuse, couverte d'ulcérations à fond gris jaunâtre. Nombreux ganglions mastoïdiens, mollasses.

Obs. XXII (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un alcoolique scrofuleux.* (Th. de Renault.)

H..., trente-six ans, un peu scrofuleux. Buveur; chancre et huit mois après syphilides pustulo-crustacées sur le cuir chevelu.

Obs. XXIII (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un scrofuleux alcoolique. — Accidents tertiaires précoces à répétition.* (Th. d'Ory, obs. XVI.)

Scrofule datant de l'enfance; syphilis en 1870. Accidents ulcéreux, généralisés en mai 1871. Buveur et fumeur. Syphilides ulcéreuses précoces, rupia, en 1875. En mai, syphilides tuberculeuses bourgeonnantes et hypertrophiques de l'isthme du gosier et de la langue.

Obs. XXIV (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un scrofuleux.* (Th. d'Ory, obs. XX.)

Scrofule héréditaire et manifestations variées dans l'enfance. Chancre en novembre 1874. Apparition rapide de plaques muqueuses. En janvier, rupia de la face avec croûtes verdâtres et odeur fétide.

Obs. XXV (Résumée). *Syphilides malignes précoces chez un scrofuleux. — Adénite suppurée.* (Th. d'Ory, obs. XXI.)

Scrofule grave dans l'enfance; chancre de la verge en 1874, avec adénite suppurée qui ne s'est cicatrisée que lentement; syphilides ulcéreuses, serpigineuses de la lèvre inférieure avec fond grisâtre, sanieux. Plaques muqueuses des piliers et de l'amygdale droits. Rupia et syphilides pustuleuses sur les jambes.

OBS. XXVI (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un scrofuleux alcoolique.* (Th. d'Ory, obs. XXII.)

Scrofule de l'enfance et alcoolisme. Chancre induré de la verge. Six semaines après, rupia des jambes qui a laissé comme traces des maçules d'un brun cuivré et des cicatrices lisses.

OBS. XXVII (Résumée). — *Syphilis grave chez une scrofuleuse misérable. Syphilides malignes précoces.* (Th. d'Ory, obs. XXIV.)

F..., vingt-huit ans, scrofule dans l'enfance; gourmes, maux d'yeux de longue durée. En 1870, ulcérations probablement syphilitiques du pilier droit. Adénite cervicale persistante. Frictions mercurielles et iodure de potassium. En 1871, nombreuses ulcérations des jambes laissant des cicatrices arrondies, blanchâtres. Syphilides tuberculeuses de la face; élimination de la cloison du nez; processus ulcéreux tenace; corps couvert de cicatrices.

OBS. XXVIII (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un scrofuleux névropathe.* (Th. d'Ory, obs. XXVII.)

H..., vingt-deux ans; chancre en 1874, qui dura trois mois; trois semaines après, ecthyma généralisé, ulcéreux, à larges bulles. Gomme périostique de la jambe, ulcérée au bout de deux mois. Accidents scrofuleux dans l'enfance, maux d'yeux, facies strumeux, lèvres épaisses.

OBS. XXIX (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un scrofuleux alcoolique* (Th. d'Ory, obs. XXXI.)

H..., vingt et un ans; manifestations scrofuleuses variées dans l'enfance; facies strumeux. Deux chancres indurés de la verge en 1873. En mai 1874, plaques muqueuses et en juin ulcérations qui persistent. En juin 1875, quatre groupes de syphilides tuberculeuses sur le scrotum, et nombreuses ulcérations sur le tronc et la jambe. Huile de foie de morue, sirop de Gibert, macération de quinquina et emplâtre de Vigo.

OBS. XXX (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez une femme épuisée et tuberculeuse.*

F..., vingt-quatre ans; tuberculose héréditaire; syphilis contractée pendant une grossesse ou immédiatement après (mai 1872). En juillet, éruptions diverses de la face et du corps; papules avec auréole rouge, ulcérées. Plaques muqueuses de la peau et tubercules rougeâtres, durs, douloureux, qui finissent par des ulcérations taillées à pic et à fond grisâtre de l'anus. Adénites cervicales postérieures et sous-maxillaires; ulcération taillée à pic de la lèvre antérieure du col utérin. Pilules de proto-iodure de mercure; tartrate ferrico-potassique. Vin de quinquina. Mort de tuberculose pulmonaire à marche rapide le 17 mars 1875.

Obs. XXXI (Résumée). — *Syphilides graves chez une scrofuleuse en état puerpéral.* (Th. d'Ory, obs. XXXVI.)

Fille de service; tempérament et facies lymphatiques; manifestations scrofuleuses; chancre de la main en 1865. Grossesse en 1869. Ulcération syphilitique du pied traitée et guérie promptement; deuxième grossesse en 1870 et nouvelle manifestation ulcéreuse. Deux autres grossesses, en 1872 et en 1873; dès le deuxième mois de cette dernière, ulcération spécifique de l'aile droite du nez; perforation de la voûte palatine; nécrose du maxillaire supérieur avec chute des dents. Amélioration manifeste sous l'influence du sirop de Gibert et du traitement tonique.

Obs. XXXII (Résumée). — *Syphilides malignes galopantes précoces chez une lymphatique*[1].

Tempérament lymphatique. Anémie. Six chancres de la vulve. Chancre phagédénique de la fourchette; vaste ulcération irrégulière, à bords tranchants, à fond grisâtre, ayant détruit la cloison recto-vaginale et la portion correspondante des grandes lèvres; six semaines après le chancre, bulles, ulcérations, croûtes de rupia sur le front, le cuir chevelu, la face, le dos et les cuisses. Mort au bout de six ou sept mois.

Obs. XXXIII (Résumée). — *Syphilides malignes précoces chez un malade lymphatico-sanguin.* (Thèse de Ott, obs V.)

H..., vingt-quatre ans, tempérament lymphatico-sanguin, constitution médiocre. Chancre de la verge en septembre 1879. Pléiade ganglionnaire inguinale double. Dès le 15 octobre, apparition de rupia qui envahit d'abord les bras et le dos, puis la face; croûtes

1. Guibout. *Leçons cliniques sur les maladies de la peau.*

queur de Van Swieten, bains de sublimé, charpie et chloral, cautérisations au nitrate d'argent.

Obs. XL. — Antécédents strumeux héréditaires et acquis; chancre il y a un an; syphilides érythémateuses du dos, pigmentaires du cou; syphilides hypertrophiques des petites lèvres; érosions vaginales dans le cul-de-sac postérieur; sur le col, six ou sept petits boutons saillants, d'une teinte opaline, tranchant sur la coloration normale du col. Injections hypodermiques de sublimé. Guérison.

Obs. XLI. — F..., vingt ans. Antécédents strumeux; plaques muqueuses et syphilides cutanées en novembre 1880. En mars 1881, syphilides érosives des grandes et des petites lèvres; polyadénite inguinale double, syphilides pigmentaires du cou, papulo-squameuses du tronc et des cuisses; syphilides buccales papulo-érosives occupant la lèvre inférieure et les amygdales; petites papules rouges du col, dont une surtout arrondie, cuivrée, est légèrement érodée à sa surface. Bains de sublimé, liqueur de Van Swieten, cautérisation au nitrate d'argent. Guérison.

Obs. XLII. — F..., vingt-deux ans; strume; il y a trois semaines, éruption de boutons à la vulve. Exulcérations superficielles avec douleur vive à la région vulvaire; tuméfaction des grandes lèvres; syphilides ulcéreuses à bord saillant, à fond déprimé, jaunâtre, sécrétant une sérosité fétide. Ulcération étendue, à fond rouge, sur la lèvre antérieure du col; petite ulcération lenticulaire sur la lèvre postérieure. Eruption papulo-érythémateuse sur le dos; syphilides papulo-érosives confluentes dans le cul-de-sac antérieur. Liqueur de Van-Swieten, huile de foie de morue; bains de sublimé.

Obs. XLIII. — F..., vingt-six ans; gourmes dans l'enfance, rougeole, menstruation peu abondante, syphilis en 1865; entrée à Saint-Louis en 1866; plaques muqueuses exulcérées, humides, des grandes et des petites lèvres. Engorgement des ganglions de l'aine. Adénite cervicale. Papules lenticulaires, légèrement saillantes sur la lèvre antérieure du col. Guérison.

Obs. XLIV. — F..., vingt et un ans; strume de l'enfance. Syphilis récente. Syphilides pigmentaires et érythémateuses sur le tronc et les membres. Syphilides papuleuses et ulcéreuses de la région vulvaire. Sur la lèvre postérieure du col, ulcération saillante.

arrondie, recouverte d'une fausse membrane grisâtre, saignante. Traitement : vin de quinquina et ferrugineux. Amélioration notable.

4° Adénopathies.

Obs.. XLV (Personnelle). — *Syphilis et scrofule. Poly-adénites suppurées. Dégenérescence strumeuse. Accidents secondaires.*

X..., trente ans, entre à la Pitié, le 15 juillet 1882 (service de M. Verneuil). Mère morte de la poitrine. Strume de l'enfance : gourme, adénites cervicales. Facies lymphatique très accentué. En 1876, double ophthalmie purulente ayant nécessité l'extirpation de l'œil droit par M. Panas. Syphilis en 1880; chancre du fourreau de la verge et du gland, dont on retrouve encore la cicatrice. Apparition rapide de l'engorgement ganglionnaire de l'aine; suppuration et incision d'un bubon quatre semaines après le début du chancre. Les ganglions voisins se prenant à leur tour, on fut obligé d'intervenir chirurgicalement à plusieurs reprises. Traitement spécifique et tonique : pilules de proto-iodure, iodure de potassium, sirop de bi-iodure, café, quinquina, etc., depuis 1880 jusqu'à son entrée dans nos salles, le malade ne s'est plus soigné. Excès alcooliques, privations. Il y a deux mois environ, petite adénite dans la région sous-maxillaire gauche qui augmenta graduellement, sans grandes douleurs, et après avoir acquis le volume d'un œuf de poule, s'ouvrit spontanément en donnant issue à une certaine quantité de pus, épais, bien lié. A ce moment pas de manifestations buccales.

La région susdite est le siège d'un gonflement notable, englobant l'angle et le bord de la mâchoire et manifestement produit par la polyadénite et la périadénite sous-maxillaires. On sent sous la peau les masses ganglionnaires confondues les unes avec les autres, mais conservant leur caractère lobulé. Un peu au-dessous, et en avant de l'angle de la mâchoire, ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs, à bords légèrement déchiquetés mais non décollés. Son fond présente des bourgeons grisâtres, recouverts d'un enduit purulent, jaunâtre. La peau circonvoisine est rouge et présente des nodosités contenues dans l'intérieur du derme et ayant une tendance manifeste à l'ulcération, ainsi que l'attestent quelques cicatrices disséminées. Dans la région cervicale postérieure du même côté, autre masse ganglionnaire présentant un petit pertuis cutané par lequel s'écoule du pus.

Gonflement des ganglions sous-maxillaires du côté droit sans

suppuration, quoique les ganglions soient mollasses. Du côté droit de la face, cicatrice d'origine traumatique dont l'épiderme soulevé laisse à nu le derme ulcéré. Plaque muqueuse sur la face interne de la joue. Rougeur du pharynx. Taches brunes, pigmentées, couleur jambon fumé sur le corps. Ganglions inguinaux indurés et volumineux; dans l'aine du côté droit, cicatrices pigmentées de bubons que l'on a jadis ouverts. Hyperostose volumineuse à la partie moyenne de la face interne du tibia droit. Traitement : proto-iodure de mercure, iodure de potassium, quinquina. Topiques résolutifs sur les ganglions et badigeonnages iodés. A la fin de juillet, l'état général était devenu meilleur; les ulcérations paraissaient marcher vers la guérison.

Obs. XLVI (personnelle). — *Syphilis et scrofule. — Adénopathie suppurée.*

X..., vingt-quatre ans, entre le 14 octobre 1882, service de M. Verneuil, à la Pitié. Pas d'antécédents héréditaires. Tempérament lymphatique; facies scrofuleux très accentué; blennorrhagie à vingt ans. Chancre mou avec bubon suppuré à droite. Incision. Guérison. Syphilis en 1881. Chancre induré à la base du gland, qui disparaît au bout de trois semaines. Cicatrice rayonnée persistant encore. Quelques temps après, plaques muqueuses de la bouche et de l'anus. Alopécie. Traitement par l'iodure de potassium seul. Au printemps 1882, syphilides papulo-squameuses suivies de cicatrices pigmentées, noirâtres. A l'entrée, X... présente dans la région sus-hyoïdienne une tuméfaction rouge; la peau est empâtée et sur la portion moyenne existe une petite ouverture par laquelle s'écoule du pus séro-sanguinolent; c'était évidemment une adénite sus-hyoïdienne. Angine spécifique érythémateuse; coloration rouge lie de vin, violacée par places; exsudat muco-purulent. Muqueuse légèrement érodée sur la paroi postérieure du pharynx. Proto-iodure, vin de quinquina.

Au bout de cinq ou six jours, amélioration notable; la fistule était fermée; il persistait seulement un peu d'empâtement de la région, moins de rougeur de la gorge.

Obs. XLVII. — *Syphilis secondaire. — Hypertrophie ganglionnaire du cou. — Abcès d'un seul côté.* (Thèse de Lefèvre, Paris, 1881.)

F..., dix-neuf ans. Entrée le 12 août 1880, service de M. Verneuil. Scrofule. Engorgement ganglionnaire cervical datant de l'enfance.

Grossesse et, peu de temps après l'accouchement, éruption sur les jambes. Traitée à Saint-Louis et à Saint-Antoine. Depuis un mois, les glandes cervicales ont de nouveau augmenté de volume et depuis quinze jours elles ont pris un accroissement considérable. Grosse adénite suppurée du côté gauche. A droite, énormes ganglions situés à l'angle de la mâchoire et sous la partie supérieure du sterno-mastoïdien, syphilide papuleuse siégeant à la lèvre inférieure. Éruption papulo-squameuse des deux jambes. Traitement spécifique et tonique. Guérison.

Obs. XLVIII (Résumée). — *Syphilis et tuberculose. — Adénie syphilitique. Leucocytose.* (Bodin, Thèse de Paris, 1881, obs. III.)

F..., vingt-sept ans. Mère morte de tuberculose pulmonaire. Accidents thoraciques. A vingt-six ans, syphilis et grossesse. Enfant mort de syphilis infantile. Bronchite et hémoptysie violente en 1880-1881. Entre le 23 août 1881 à la Charité, service de M. Laboulbène. On diagnostique une laryngite tuberculeuse. Ganglions cervicaux nombreux de chaque côté, mais surtout à gauche. Diarrhée, fièvre hectique. Signes non douteux de tuberculose pulmonaire au troisième degré. Quinze jours après son entrée, les ganglions du cou s'accroissent à gauche; quelques-uns ont le volume d'un œuf de pigeon. On pense à une leucocythémie ou à une adénie. L'examen du sang donne : un globule blanc pour 50 rouges; il y a donc seulement leucocytose. Malgré le traitement à l'iodure de potassium, la malade meurt au bout de deux mois.

Obs. XLIX (Résumée). — *Syphilis et tuberculose. — Adénie syphilitique. — Leucocytose.* (Bodin, Thèse, obs. IV.)

F..., vingt-deux ans. Entre le 19 mai 1881 dans le service de M. Laboulbène. Syphilitique depuis une année. Signes certains de tuberculose pulmonaire. Gonflement des ganglions cervicaux. Leucocytose : un globule blanc pour 80 rouges; ganglions inguinaux et axillaires. Mort.

5° Œil.

Obs. L (Résumée). — *Iritis syphilitique chez un scrofuleux. — Adénite suppurée.* (Popp, Thèse de Paris, 1881, obs. III.)

H..., vingt-huit ans, chétif; scrofule manifeste, cicatrices d'abcès ganglionnaires au cou; plaques muqueuses de la gorge; adénite cervicale suppurée; pléiade ganglionnaire prononcée et *induration*

persistante du chancre. Iritis droite. **Cercle irien et déformation pupillaire. Le malade n'attire nullement l'attention du côté de l'œil; pas de *photophobie*, pas de névralgie, pas de larmoiement. Amélioration rapide sous l'influence du traitement.**

Obs. LI. — ***Iritis syphilitique chez un scrofuleux.*** (Popp, Thèse, obs. III.)

H..., vingt-sept ans; entré à l'hôpital le 26 juin 1881. Scrofule dès l'enfance. Chancre datant de quinze mois; maux de tête, douleurs nocturnes; plaques muqueuses, éruption papulo-squameuse du front : *Iritis droite.* Injection péri-kératique marquée. Cornée grisâtre à la périphérie. Iris terne, petit cercle cuivré; dilatation possible sous l'influence de l'atropine; pas de photophobie, pas de douleur péri-orbitaire. Traitement anti-syphilitique et anti-scrofuleux; calomel, atropine, sulfate de quinine. Guérison et sortie le 25 février.

Obs. LII (Résumée). — ***Irido-choroïdite et rétinite syphilitiques chez un scrofuleux.*** (Popp, Thèse, obs. IV.)

H..., trente-sept ans; scrofule dans l'enfance, maux d'yeux, otite suppurée; chancre à trente-cinq ans; troubles du côté de la vue datant de trois mois. Impression pénible causée par la lumière intense, sensation d'étincelles. Cercle péri-kératique très marqué. Déformation pupillaire. A son entrée à l'hôpital, photophobie peu accentuée; pas de blépharospasme. Un peu de larmoiement; douleurs oculaires et orbitaires nulles, même à la pression. ***Kératite ponctuée;*** troubles du côté de la rétine, éclairs, abolition de la vision; éruption papulo-squameuse circinée et généralisée. Traitement antisyphilitique et anti-scrofuleux; purgatifs, atropine, frictions mercurielles. Amélioration rapide.

Obs. LIII. — ***Iritis syphilitique chez un scrofuleux.*** (Popp. obs. VI.)

H..., vingt-cinq ans; scrofule de l'enfance; à vingt-quatre ans, chancre infectant. Pléiade ganglionnaire. ***Iritis légère*** droite; douleurs faibles à l'œil; exacerbations nocturnes; pas de photophobie; la conjonctive est un peu congestionnée; la pupille losangique. Traitement : frictions avec l'onguent napolitain; atropine; pilules de sublimé, 2 centigrammes.

Obs. LIV (Résumée). — ***Iritis parenchymateus seuppurée chez***

un scrofuleux syphilitique. — Chancre infectant avec bubon inguinal. (Tourmeau, Th. de Paris, 1879, obs. II.)

H..., quarante-deux ans ; manifestations scrofuleuses multiples ; tumeur blanche, abcès froids, séquestres, engorgements ganglionnaires, écrouelles. Chancre durant trois semaines. Roséole et plaques muqueuses. Suppuration du ganglion pré-auriculaire gauche. Affaiblissement de la vue depuis deux ans ; sensations lumineuses variées : éclairs, mouches. Apparition de douleurs vives péri-orbitaires à gauche, congestion de l'œil. A l'entrée : injection péri-kératique très intense de l'œil gauche. Soulèvement de la couche épithéliale postérieure de la cornée. Iris enflammé, changé de couleur, propulsé en avant ; à sa partie externe et inférieure, point jaune, à bords irréguliers, proéminents ; puis, partant de ce point, un trajet purulent qui aboutit à la partie inférieure de la chambre antérieure où s'est formé un hypopion. Pupille obstruée par un épanchement plastique ; vue presque entièrement abolie.

Obs. LV. — ***Irido-choroïdite syphilitique chez un scrofuleux. — Gommes suppurées.*** (Serrigny, Th. de Paris, 1877, obs. IX.)

H..., trente-trois ans ; tempérament lymphatique ; cicatrices d'abcès froids à la région cervicale ; gommes sous-maxillaires suppurées Iritis syphilitique des deux yeux, mais surtout à gauche. Injection péri-kératique ; décoloration et teinte cuivrée du petit cércle de l'iris, adhérences à la cristalloïde, exsudats pupillaires ; douleurs orbitaires très vives ; tumeur condylomateuse de la partie externe de l'iris. Sous l'influence du traitement tonique et anti-syphilitique, l'œil droit se rétablit rapidement, mais le gauche perd la vision.

Obs. LVI. (Résumée.) — ***Iritis syphilitique gommeuse chez un scrofuleux. — Adénite cervicale aiguë***[1].

H..., vingt et un ans ; tempérament lymphatique. ***Iritis syphilitique*** droite ; petite tumeur de l'iris de forme ovalaire, purulente sur son bord externe, d'une couleur rouge cuivrée et d'un aspect tomenteux sur sa partie interne et inférieure. ***Kératite ponctuée.*** Chancre induré constaté par Ricord six mois auparavant et suivi d'une adénopathie cervicale avec douleurs vives. Éruption cutanée. Traitement : sangsues, calomel, frictions mercurielles et pilules de sublimé ; laudanum en collyre. Amélioration rapide. Rechute au bout d'un mois. Guérison.

1. Sichel. *Iconographie ophthalmologique.*

OBS. LVII. (Résumée.) — ***Tuberculose primitive de l'œil chez une malade syphilitique. — Granulie. — Mort***[1].

F..., dix-huit ans; syphilis récente, roséole, irido-choroïdite gauche; œil rouge, larmoyant, cercle péri-kératique; douleurs péri-orbitaires; rétrécissement de la pupille non dilatable par l'atropine; vision très affaiblie. Diagnostic d'irido-choroïdite syphilitique. Des symptômes de tuberculose aiguë se déclarent et la malade succombe. A l'autopsie on trouve un décollement presque total de la rétine. Tubercule de la choroïde.

6° Productions gommeuses.

OBS. LVIII. (Inédite.) — *Vaste gomme ulcérée de la cuisse droite. — Marche rapide. — Scrofule.* Recueillie dans le service de M. Fournier, par M. Leloir.)

F..., vingt et un ans; mère morte tuberculeuse; gourmes dans l'enfance. Entrée le 24 mars 1879 à Saint-Louis. Il y a trois ans, bouton aux parties. Roséole, alopécie. En août, au niveau du tiers inférieur de la face externe de la cuisse droite, petit bouton rougeâtre qui n'a pas tardé à s'agrandir, puis à présenter à son centre un point qui a percé et donné lieu à une ulcération. On institue le traitement spécifique. En ce moment existe au niveau de la face externe et du tiers inférieur de la cuisse droite une ulcération de la largeur de deux pièces de cinq francs environ, à bords circinés, adhérents, indurés, taillés à pic. Néoplasies gommeuses autour de l'ulcération, dont le fond est raviné, bourbillonneux par places. Papules disséminées çà et là. Ganglions dans les plis inguinaux et dans les triangles sus-claviculaires. Traitement: iodure de potassium. 3 grammes; 1 pilule de proto-iodure. Amélioration rapide.

OBS. LIX. *Scrofuleux. — Syphilides ulcéreuses et gommeuses du coude gauche. — Pseudo-arthrite syphilitique du coude. — Vaste tumeur gommeuse de l'hypochondre droit en arrière. — Décollements profonds.* (Jumon, Th. de Paris, 1880, obs. LXIV.)

H..., soixante ans; antécédents strumeux; syphilis ignorée. Il y a un an, tumeur à l'extrémité supérieure du cubitus en arrière; ouverture et écoulement d'un peu de pus. Accidents analogues autour du coude; amaigrissement du bras, mais liberté des mouvements; dé-

1. Th. Anger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878.

collement des téguments, pas de dénudation osseuse. Dans l'hypochondre droit, tumeur ramollie qui s'élimine en laissant une perte de substance allongée suivant la direction des côtes, à bords nets, taillés à pic et décollés sur une grande étendue. On arrive sur une côte dénudée. Huile de foie de morue et iodure. Guérison. Manifestations viscérales ultérieures. Amélioration avec le traitement.

Obs. LX. — *Syphilis ignorée. Cachexie syphilitique. Gomme syphilitique chez une scrofuleuse.* (Jumon, Thèse, obs. LXVI.)

F..., tempérament scrofuleux : périostites, abcès froids. Menstruation peu abondante et douloureuse. Syphilis remontant probablement à huit ans; santé délabrée; douleurs ostéocopes; périostite intense, douloureuse, avec tuméfaction du tibia droit. Il y a trois mois, début d'une gomme sous-cutanée et cutanée de la région de l'omoplate gauche; une croûte noire se forme, se ramollit, puis se soulève et donne lieu à un écoulement abondant de pus épais, jaunâtre et fétide. Guérison.

Obs. LXI. (Résumée.) — *Syphilis ignorée. Gomme musculaire étendue du mollet gauche. Infiltration gommeuse du derme chez une scrofuleuse.* (Jumon, Thèse, obs. LXVII.)

F..., trente et un ans; antécédents strumeux. Quelques accidents périostiques traités avec succès par l'iodure de potassium. Gomme peu douloureuse du mollet gauche, qui s'ouvre sept ou huit mois après son début. La plaie acquiert la largeur de la paume de la main et une profondeur de 1 centimètre 1/2. Elle détruit la peau et le tissu cellulaire; les bourgeons du centre de la plaie reposent sur les muscles. Traitement : iodure de potassium, pilules de sublimé; cautérisations au nitrate d'argent; pansements à l'iodoforme et compression.

Obs. LXII. (Inédite, communiquée par M. Leloir. Résumée). — *Gomme ulcérée du pharynx chez un scrofuleux.*

H..., dix-sept ans; scrofule de l'enfance; chancre infectant du frein de la verge; bubon de l'aine droite en novembre 1881. Deux mois après le chancre, accidents du côté de la gorge. Traitement : pilules de proto-iodure, gargarisme au chlorate de potasse. Nouveaux accidents du côté de la gorge en novembre 1882. Le fond de la gorge est profondément altéré. Les piliers du voile du palais sont peu malades; cependant l'antérieur gauche présente deux ulcérations à son bord interne; la luette est rouge, violacée; ses bords sont ulcé-

rés, principalement à gauche. La paroi postérieure du pharynx, inégale, ulcérée par places, est recouverte d'une couche gris jaunâtre, couleur propre de la gomme. Le côté droit du pharynx est excorié, ulcéré, et rempli par une masse jaunâtre. Le côté gauche est ulcéré aussi, profondément et largement. Traitement : deux pilules de Dupuytren ; gargarisme. Iodure de potassium, 3 grammes.

Obs. LXIII. (Résumée.) — *Gommes syphilitiques de l'épiglotte chez un scrofuleux*[1].

H..., trente ans; chancre il y a sept ans. Accidents de la gorge; cicatrices blanches, caractéristiques du voile du palais et du pharynx. Au laryngoscope, trois petites tumeurs sur l'épiglotte; un peu de rougeur et de tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques; peu de troubles du côté de la voix; gêne de la déglutition. Amélioration.

Obs. LXIV. (Personnelle.) — *Tumeur fluctuante de l'angle de l'omoplate. Gomme probable chez une scrofuleuse. Guérison par le traitement spécifique. Rechute et issue d'un petit séquestre*[2].

Mme B..., vingt-sept ans, journalière, vient à la Pitié le 7 mars 1882. Tempérament lymphatique, facies strumeux. Réglée à quatorze ans; mariée à dix-huit; a trois enfants bien portants. Elle nie tout antécédent syphilitique. Au mois de janvier, panaris superficiel du pouce gauche et un peu de lymphangite; guérison en douze jours. Quelques jours après douleurs vagues dans les membres et les articulations; dans l'omoplate droite tuméfiée, douleurs vives et lancinantes.

Les fosses sus et sous-épineuses sont en partie comblées par une tuméfaction grosse comme le poing, de consistance uniforme, semi-fluctuante; profondément, elle fait corps avec les muscles et avec l'os, et se perd insensiblement à la périphérie dans les parties voisines, sans ligne de démarcation bien nette. Elle est peu douloureuse à la pression et gêne seulement les mouvements du bras. La peau est tendue, sans œdème, sans changement de coloration. M. Verneuil, malgré les dénégations de la malade, pense à une périostite gommeuse et donne le traitement mixte avec badigeonnages iodés. La malade revient le 22 mars, avec une amélioration notable; la grosseur a diminué, la fluctuation est moins nette, les fosses sus et sous-épi-

1. Isambert. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, t. I.
2. Voir plus loin le chapitre sur les périostoses syphiliques de l'omoplate, résumé de la thèse de M. Dauvé, 1881.

neuses sont mieux dessinées, la tuméfaction n'occupe plus que la fosse sous-épineuse, et paraît logée en partie dans le muscle, dont elle suit les mouvements. On continue le traitement en insistant sur les toniques, vin de quinquina, fer. Vers le milieu de juillet, X... revient nous voir ; la tuméfaction a presque complètement disparu. Les douleurs sont nulles.

Fin juillet ; on sent une fluctuation manifeste. Depuis plusieurs jours, à cause des troubles de l'estomac, la malade n'a pas pris l'iodure de potassium. La peau est rouge au niveau de la partie moyenne de la fosse sous-épineuse ; la pression est douloureuse ; cataplasmes et iodure de potassium. Quelques jours après on incise la collection fluctuante d'où s'écoule du pus bien lié ; pas de dénudation de l'os.

La malade rentre dans le service le 11 septembre. Il persiste une fistule, qu'on débride et l'on trouve un séquestre gros comme un pois. L'os n'est dénudé en aucun autre point. M. Verneuil maintient le diagnostic de gomme périostique suppurée chez une scrofuleuse et insiste sur les difficultés du diagnostic avec l'abcès ossifluent.

Obs. LXV. (Personnelle, résumée.) — *Gomme suppurée probable chez une scrofuleuse, au niveau de la fosse sous-épineuse.*

Mme X..., trente-quatre ans, entre au mois de mai 1882 à la Pitié, service de M. Verneuil. Santé relativement bonne dans l'enfance ; adénite cervicale suppurée à douze ans : guérison au bout d'une année. Il y a quatre mois environ, la malade ressentit une douleur dans l'épaule droite et s'aperçut qu'il existait à ce niveau une petite tuméfaction qui a augmenté graduellement de volume, s'accompagnant de douleurs vives, lancinantes.

État actuel. — Facies un peu pâle, amaigri. Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, tumeur de la grosseur d'une petite orange, sans altération ni adhérence de la peau et située dans la gaine du sous-épineux. Elle est mobile comme l'omoplate, dure dans sa partie supérieure, molle et fluctuante dans sa portion inférieure. En outre, dans le 5e espace intercostal droit et à sa partie moyenne, petit abcès de nature manifestement strumeuse, recouvert par la peau amincie et violacée. Depuis l'apparition de la tumeur, l'une des cicatrices cervicales s'est ulcérée et est recouverte par une croûte. Ganglions carotidiens engorgés et durs. Respiration légèrement soufflante au sommet droit. Déformation hippocratique des doigts ; en un mot, strume et probablement tuberculose à l'état latent.

Traitement : iodure de potassium, 2 grammes : badigeonnages iodés ; vin de quinquina, fer. La malade sortie de l'hôpital revient nous voir le 23 juin : la tuméfaction a diminué, la partie fluctuante est fort réduite. Le traitement est continué. Le 31 juillet, la tuméfaction scapulaire a entièrement disparu. Le cou est complètement cicatrisé, la tumeur intercostale est très réduite. M. Verneuil avait porté le diagnostic de gomme périostique ramollie et probablement suppurée chez une scrofuleuse.

Obs. LXVI. (Personnelle, résumée). *Syphilis et tuberculose. — Gomme sternale suppurée.*

X..., gardien de la paix, quarante-six ans, entre le 3 janvier 1883, à la Pitié, service de M. Verneuil. Pas d'antécédents héréditaires, mais a perdu trois frères de tuberculose pulmonaire. A la suite d'une contusion violente du thorax, manifestations pulmonaires ; M. G. Sée a porté le diagnostic de phtisie. Traitement tonique et reconstituant. Blennorrhagie en 1880. Six semaines après, éruption de taches rosées sur tout le corps ; elle dure environ un mois, et disparait graduellement. En septembre, hémoptysie et nouvelle éruption de taches brunâtres et presque confluentes. M. Lasègue porte le diagnostic de *syphilis chez un tuberculeux ;* traitement : liqueur de Van Swieten, sirop de Gibert, pilule de proto-iodure et bains sulfureux. On découvre en ce moment une grosseur au niveau de l'extrémité interne de la clavicule. Accidents thoraciques divers. En août 1881, apparition sur la face antérieure du thorax, à la partie moyenne du sternum, d'une petite tumeur molle, indolore, sans rougeur de la peau, qui augmente de volume et s'étend surtout en haut et en bas. M. Lasègue diagnostique une périotose du sternum et prescrit l'iodure de potassium et la pommade iodurée ; M. Verneuil, à cette époque, se demanda s'il s'agissait d'un abcès froid chez un tuberculeux syphylitique ou d'une périostose syphilitique chez un tuberculeux.

A l'entrée dans nos salles, nous constatons : amaigrissement notable ; à la partie moyenne du sternum, collection liquide, franchement fluctuante, un peu bosselée ; la peau est légèrement rosée à la partie inférieure droite de la tumeur, au niveau de l'articulation du quatrième cartilage costal avec le sternum. A la périphérie de la tumeur, bourrelet saillant, si fréquent dans les collections périostiques ; aucune douleur. Signes évidents de tuberculose pulmonaire au début. Quinquina, amers, opium, iodure de potassium.

11 janvier. — Perforation de la peau, là où existait la rougeur ; issue

de pus séreux, un peu floconneux. La poche est complètement affaissée; il existe à sa place une dépression en cupule; on croit sentir que le sternum est encore recouvert de son périoste.

Février. — Le malade sort de l'hôpital; nous le revoyons de temps en temps; une fistulette qui donne issue à un peu de pus persiste au niveau du sternum. Les manifestations pulmonaires ont augmenté. Continuation du traitement : iodure, toniques.

Obs. LXVII (Inédite). — *Syphilis tertiaire chez un tuberculeux. — Perforation de la voûte palatine. — Nécrose nasale.* (Communiquée par M. Leloir.)

Homme de trente ans. Tuberculose héréditaire. Chancre en 1875, puis roséole et syphilides ayant laissé des cicatrices sur la peau. Ulcération de la langue, perforation de la voûte palatine opérée sans succès; une fistulette persiste entre la bouche et le nez; signes non douteux de tuberculose pulmonaire; dénudation des os propres du nez, mais sans perforation de la cloison. Dans toute la longueur de la suture inter-pariétale, bosse de consistance osseuse, appréciable au toucher. Traitement : iodure de potassium, huile de foie de morue créosotée, sirop de morphine, gargarismes et injections nasales.

Obs. LXVIII. — *Syphilis grave à marche rapide chez un tuberculeux. — Périostite.* (Belin, Thèse de Paris, 1879, obs. II).

H..., vingt-huit ans; antécédents mauvais; tuberculose héréditaire, strume, cachexie. Chancre il y a trois ans. Moins de deux mois après son apparition, nombreuses plaques muqueuses des lèvres et du voile du palais. Sirop de bi-iodure ioduré, trois cuillerées. Plaques à l'anus et aux piliers du voile du palais; large ulcération de la paroi postérieure du pharynx. Phénomènes thoraciques. A l'entrée à l'hôpital, périostoses des tibias et de l'humérus; larges ulcérations à bords irréguliers sur la paroi postérieure du pharynx; otite moyenne avec perforation de la membrane du tympan; cicatrices nombreuses de syphilides sur le bras et l'avant-bras gauche, ainsi que sur le tronc et les membres inférieurs. Manifestations pulmonaires tuberculeuses ou gommeuses. Traitement : iodure de potassium, 3 grammes; sirop d'iodure de fer. Les périostoses deviennent moins douloureuses. Amélioration générale.

Obs. LXIX. — *Syphilis et tuberculose. — Manifestations multiples. — Mort*[1].

1. La première partie de l'observation est résumée d'après la relation de la

Mme S..., âgée de quarante ans, entre le 21 juin 1880, service de M. Verneuil. Strume dans l'enfance. Maux d'yeux. Engorgements ganglionnaires. La syphilis paraît remonter à l'époque du mariage. Un ganglion se montra alors près de l'angle de la mâchoire et suppura. Il y a trois ans, accidents du côté du maxillaire inférieur; carie dentaire, avulsion des dents; formation d'abcès, issue de séquestres. En 1878, entrée à l'Hôtel-Dieu pour une plaie suppurante au niveau du grand trochanter droit. Sirop de Gibert. Amélioration notable. Ensuite, admission chez M. Verneuil : femme cachectique, portant sur le cou, les omoplates, le haut du thorax, de nombreuses cicatrices qui, pour la plupart, remontent à l'enfance. Quelques-unes de ces lésions sont récentes; visage asymétrique par suite d'un gonflement persistant au niveau de la mâchoire inférieure du côté gauche : c'est une sorte d'empâtement dur appartenant plus au périoste qu'aux parties molles. A la région sus-hyoïdienne, existent deux dépressions profondes, adhérentes à la partie interne du bord inférieur du maxillaire, traces d'abcès anciens. La postérieure encore fistuleuse fournit un peu de pus, mais ne conduit pas directement sur l'os dénudé. A la région massétérine, peau rouge, violacée et recouverte de croûtes jaunes verdâtres, squameuses. Les lésions sont presque symétriques; jadis, au bras gauche, tumeur qui a disparu sous l'influence du traitement.

Au bras droit, ganglion épitrochléen hypertrophié; à son niveau, fistulette par laquelle s'écoule du pus séreux; croûtes à la surface de la peau; ulcérations analogues le long du bras et dans l'aisselle.

Sur la partie moyenne du sternum, deux grosses gommes accolées et dont les contours se confondent; celle de droite est largement ulcérée. Au fond de la plaie, masse gélatineuse. Le début remonte à cinq mois et l'ouverture à un mois. Celle de gauche, aplatie, porte une petite ouverture, laissant voir un bourbillon de même aspect. L'indolence ordinaire a fait place à des douleurs assez intenses pendant trois jours, au moment de l'ouverture. Au-dessus de ces gommes, tuméfaction du périoste, dure, sans aucune douleur. Les deux mamelles sont volumineuses, hypertrophiées. Dans la gauche, on sent une masse dure, lobulée, douloureuse à la pression.

Au tiers inférieur de la jambe droite, sur la face antéro-interne, périostite gommeuse dont l'ulcération est presque entièrement comblée. Engorgement des ganglions inguinaux droits. Rien dans

thèse de M. Lefèvre, Paris, 1881; la deuxième partie et l'autopsie nous sont personnelles.

les viscères. La malade tousse sans doute à cause d'une lésion du larynx.

Immédiatement après son entrée, la malade est soumise au traitement mixte, mercure et iodure de potassium, avec fer et quinquina à titre de toniques. Huit jours après, l'amélioration est déjà très sensible ; la face est plus colorée, les forces un peu moins déprimées; la périostite du sternum a diminué d'un tiers. La malade sort le 2 juillet.

Deuxième partie. — Elle rentre à la Pitié au commencement de mai 1882, dans un état de cachexie extrême ; elle se trouve à peu près dans l'état précédemment décrit; le foyer trochantérien est de nouveau en suppuration; seulement les manifestations thoraciques sont devenues dominantes; respiration anxieuse, fréquente, expectoration purulente. Il est facile de reconnaître une tuberculose au troisième degré, dont l'origine doit être probablement rapportée à des accidents laryngés antérieurs. En présence de l'état cachectique, on prescrit seulement le traitement tonique et reconstituant : quinquina, pepsine, opium. Mort au bout d'un mois environ.

Autopsie. — Périostite du maxillaire inférieur avec augmentation considérable de volume; de chaque côté, dans la région pré-auriculaire, ulcérations squameuses et dégénérescence lardacée du derme. Érosion des surfaces articulaires temporo-maxillaires; pas de pus dans l'articulation; dents branlantes.

Fistules et ulcérations de la région mammaire gauche; la mamelle est infiltrée de noyeux caséeux. Pas de communication des foyers avec l'intérieur de la cage thoracique. Fistule de la région médiane inter-claviculaire allant jusqu'au poumon, adhérent à ce niveau.

Vaste excavation au sommet du poumon droit; tubercules caséeux, disséminés dans tout l'organe; adhérences pleurales généralisées. Plèvre épaissie, sans tubercules, noyaux de pneumonie chronique. Le poumon gauche, moins envahi par la tuberculose, est encore partiellement perméable. Cœur normal. Le larynx présente des ulcérations. Foie énorme, gras. Rate doublée de volume. Reins gros, décolorés. Pas de tuberculose intestinale. Rien aux organes génito-urinaires.

A la partie supérieure de la cuisse droite, foyer purulent allant jusqu'au voisinage de l'os, que l'on n'a pas trouvé dénudé, quoique un petit séquestre fût engagé dans le trajet. Pus séreux, mal lié. Ulcération tuberculo-crustacée de la peau à la face interne de la jambe droite. Le périoste est détruit ; il existe sur la surface de l'os une cavité cupuliforme remplie de matière tuberculeuse et purulente,

A la face interne du talon, ulcération croûteuse avec dégénérescence lardacée du derme.

Obs. LXX. (Résumée.) — *Synovite chez une syphilitique scrofuleuse.* (Bordes-Pagès, Th. de Paris, 1882, obs. III.)

F..., vingt-six ans; manifestations strumeuses dans l'enfance; à la partie inférieure de la grande lèvre gauche, chancre datant de trois semaines, régulièrement arrondi, à bords décollés, à fond inégal, ulcéré dans sa partie inférieure, peu douloureux. La partie supérieure repose sur une induration cartilagineuse. Adénite du côté correspondant. Tibialgie du côté droit, syphilides papulo-squameuses et pustuleuses de la face; périostose du frontal. Liqueur de Van Swieten, vin de quinquina, pilules d'opium, gargarisme au chlorate de potasse. Trois mois après le début du chancre, dans le genou, le cou-de-pied et le poignet gauches, apparaît une douleur vive, sans gonflement ni rougeur de la peau.

Dans les gaines synoviales tendineuses péri-articulaires, crépitation fine, analogue à celle de l'amidon : syphilides croûteuses de la face dont une sur le nez; hémorrhagie abondante après l'arrachement de la croûte. La douleur du cou-de-pied disparaît graduellement en même temps que l'éruption de la face. Traitement : onguent napolitain, iodure de potassium, vin de Bordeaux, bains de sublimé.

Obs. LXXI. — *Manifestations articulaires syphilitiques et scrofuleuses. — Ostéite. — Syphilides ulcéreuses.* (Defontaine, Th. de Paris, 1883, obs. XXV.)

H..., quarante-neuf ans; syphilis à vingt ans; plaques muqueuses. A l'âge de quinze ans, carie de la phalangette du troisième orteil; des fragments d'os furent éliminés. Gonflement du genou il y a environ dix ans; à la même époque, lésions du côté de la hanche; pas de traitement spécifique à ce moment. Vers la vingt-septième année de la vérole, lésion du maxillaire inférieur à la suite de laquelle un séquestre fut enlevé; aujourd'hui, derrière la symphyse du menton, perforation du plancher de la bouche. Le quatrième orteil gauche dût être à cette époque désarticulé. Quelque temps après, douleur dans le genou droit. Il y a quatre mois, dans la narine gauche, croûte qui tombe et se reproduit plusieurs fois.

État actuel. — Ulcération à l'entrée de la narine avec bords non décollés, légèrement indurés, à fond grisâtre recouvert de sanie. Gonflement des ganglions sous-maxillaires droits. Cicatrices

cuivrées de la peau ; saillie osseuse irrégulière à la face interne du tibia gauche. Épanchement articulaire considérable du genou droit. Épaississement de la rotule et dépoli des surfaces articulaires. Raccourcissement du membre inférieur gauche ; saillie considérable de la région fessière, formée par le grand trochanter, luxation iliaque.

Obs. LXXII. — *Exostoses et carie*[1].

Femme, quarante ans, en parfaite santé depuis dix ans, guérie de deux tumeurs scrofuleuses, l'une, sur l'os du métatarse, qui soutient le pouce, l'autre à l'angle de la mâchoire, où quelque glande avait été détruite par les caustiques, et l'ulcère parfaitement consolidé. Après dix ans de guérison parfaite en apparence, elle fut mariée ; son mari, qui avait eu des maladies vénériennes mal traitées, avait un reste d'écoulement ; il lui donna une gonorrhée qui malheureusement ne fut traitée que comme gonorrhée et par une personne du nombre de celles qui croient que supprimer l'écoulement d'une chaudepisse c'est la guérir. Peu de temps après la fausse guérison, les glandes du cou, des aisselles et des aines se gonflèrent ; les anciennes plaies se rouvrirent, le tarse et l'angle de la mâchoire s'exostosèrent ; elle fut longtemps traitée par les seuls remèdes anti-scrofuleux, parce que l'on ne soupçonnait point la vérole, mais seulement le retour des écrouelles. Le traitement long et infructueux donna lieu à une consultation dans laquelle on fit des récits du passé plus fidèles qu'on ne l'avait fait au chirurgien ordinaire et il fut conclu que ce retour de scrofule était vérolique et qu'il fallait faire passer la malade par les remèdes, ce qui eut tout le succès qu'on devait attendre.

7° Larynx.

Laryngites syphilo-tuberculeuses.

(Obs. résumées de la thèse de M. G. Tessier, Paris, 1881.)

Obs. LXXIII. — H..., quarante ans ; syphilis à vingt et un ans ; à partir de 1872, accidents thoraciques ; en 1875, accidents laryngés ; affaiblissement très grand ; toux, expectoration purulente, voix enrouée. Cavernes aux deux sommets ; œdème général de la muqueuse

1. J.-L. Petit, *Œuvres*, éd. de 1837, p. 224.

laryngée; ulcération de la partie moyenne de la corde vocale droite. Aspect dentelé des cordes vocales; amélioration sous l'influence d'un traitement tonique. En janvier 1880, après un refroidissement, cornage et accidents asphyxiques; mort.

Obs. LXXIV. — F..., quarante ans; tuberculose héréditaire et scrofule de l'enfance. Syphilis à trente ans; amaigrissement, hémoptysie, toux, aphonie. Craquements et râles au sommet droit. Corde vocale gauche déchiquetée; bourgeon charnu à la commissure postérieure de la glotte. Cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Pas de modification dans les manifestations pulmonaires et laryngées. Le bourgeon charnu a augmenté de volume.

Obs. LXXV. — H..., trente et un ans; tuberculose héréditaire; toux continuelle depuis six ans. Chancre à vingt ans. Craquements aux deux sommets; large ulcération de la corde vocale gauche. Aspect velvétique de la commissure postérieure. Traitement créosoté local et général. Peu de modifications.

Obs. LXXVI. — H..., trente-huit ans; syphilis à vingt-trois ans; traitement spécifique. Toux et aphonie depuis une année; affaiblissement, toux, expectoration purulente, aphonie. Gargouillement pulmonaire. Œdème avec rougeur des corps vocales et de la commissure postérieure. Créosote, huile de foie de morue, pulvérisations de chlorate de potasse. Les cordes vocales deviennent déchiquetées, il se forme un bourgeon charnu à la commissure postérieure.

Obs. LXXVII. — H..., trente-huit ans; toux, hémoptysie contemporaine des manifestations pulmonaires. Tuberculose évidente; ulcération de l'épiglotte et ulcérations marginales des cordes vocales. Excroissance de la commissure postérieure. Traitement créosoté. Alternatives de mieux et de pire.

Obs. LXXVIII. — H..., trente-sept ans, scrofule et syphilis; engorgement du testicule; exostose du tibia, ulcération pharyngée; amaigrissement, expectoration d'un cartilage ossifié; dyspnée rapide et progressive. Mort. A l'autopsie, rétrécissement du larynx.

Obs. LXXIX. — H..., vingt-huit ans; syphilis à dix-neuf ans, toux depuis une année; aphonie et expulsion de fragments de carti-

lages; souffle caverneux et gargouillement. Déformation de la glotte qui est devenue transversale. État stationnaire.

Obs. LXXX. — H..., quarante-trois ans; syphilis il y a douze ans; fréquentes bronchites; craquements et expectoration jaunâtre continuelle. Exulcérations des bords des cordes vocales. Aspect velvétique très prononcé de la commissure postérieure. Plus tard, végétation à ce niveau. Créosote, arséniate de soude.

Obs. LXXXI. — F..., trente-deux ans, tuberculose héréditaire, toux, rudesse de la respiration et craquements au sommet droit. Ulcérations marginales des cordes vocales qui ont épaisses; aspect velvétique de la commissure postérieure. Créosote et toniques. Au bout de deux ans syphilis. Les accidents qui s'étaient amendés prennent de l'intensité. Plaques muqueuses des lèvres, de la langue, du voile du palais, du larynx, six semaines après l'infection. Syphilides cutanées. Traitement mercuriel complètement inefficace sur le larynx. Aggravation des lésions.

Obs. LXXXII. — H..., quarante-neuf ans; syphilis à vingt-cinq ans; tuberculose pulmonaire acquise au deuxième degré; état verruqueux des cordes vocales et de la commissure postérieure.

Obs. LXXXIII. — H..., trente ans. A seize ans, pneumonie avec toux qui persiste; expectoration épaisse et abondante, sueurs, expiration prolongée; syphilis à vingt-deux ans, aspect granuleux des cordes vocales et ulcération des bords; aspect velvétique de la commissure postérieure.

Obs. LXXXIV. — F..., vingt-huit ans, tuberculose héréditaire; chancre à vingt-deux ans, hémoptysie à vingt-huit, craquements au sommet droit. Ulcération des cordes vocales; aspect velvétique très prononcé et gonflement de la commissure.

Obs. LXXXV. — H..., vingt-huit ans, enrouement ayant commencé il y a huit mois ; aphonie, souffle un peu rude à gauche. Plaques muqueuses de la langue et de l'amygdale. Aspect velvétique de la commissure postérieure.

Traitement : sirop de Gibert, créosote, cautérisation avec le nitrate de mercure.

Obs. LXXXVI. — F..., quarante-huit ans. Scrofule de l'enfance; toux pendant les hivers, sueurs et amaigrissement rapide. Expectoration abondante, voix enrouée. Syphilis probable datant de quatre ans. Perforation du voile du palais, cordes vocales gonflées et rougeâtres; aspect velvétique de la commissure postérieure.

Obs. LXXXVII. — H..., quarante-deux ans, syphilis datant d'un an; bronchite à peu près à la même époque; perte des forces, amaigrissement, sueurs nocturnes. Craquements aux sommets; voix enrouée, cordes vocales épaisses et ulcérées sur les bords.

Obs. LXXXVIII[1]. — H..., trente-quatre ans, chancre induré il y a quatre ans; plaques muqueuses bucco-pharyngées; aphonie datant de deux ou trois mois; gomme à la tempe gauche; amaigrissement, toux, expectoration, craquements secs sous la clavicule droite, gonflement, rougeur, œdème de la muqueuse laryngée; légère ulcération des cordes vocales.

Obs. LXXXIX. — H..., quarante-deux ans, chancre induré il y a quinze ans; toux, raucité de la voix; amaigrissement, fistule anale; le larynx n'est pas douloureux à la pression; la face laryngée de l'épiglotte présente une ulcération légèrement saillante, à surface mamelonnée; légère exulcération des cordes vocales. Signes physiques de tuberculose pulmonaire. Traitement reconstituant et anti-syphilitique: arséniate de soude, huile de foie de morue; sirop de Gibert.

Obs. XC. — F..., vingt-sept ans, syphilis de quatre mois; plaques muqueuses vulvaires et buccales. Depuis longtemps voix enrouée. Peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, chaîne ganglionnaire à l'occiput. Craquements secs sous la clavicule droite. Respiration rude à gauche. Les cordes vocales inférieures sont rouges, granulées, surtout dans les deux tiers postérieurs.

Obs. XCI. — F..., vingt ans, syphilis de cinq mois; plaques muqueuses; mal de gorge et enrouement; craquements secs au sommet droit, ulcération des cordes vocales, dont la muqueuse paraît ramollie. Aspect velvétique de la muqueuse aryténoïdienne. Traitement spécifique. Peu de modifications.

1. Les observations suivantes sont résumées de la thèse de M. Moure.

Obs. XCII (Personnelle). — *Syphilis et tuberculose. — Accidents laryngés. Trachéotomie. — Mort.*

Mme X..., vingt-sept ans, salle Lisfranc, n° 8, en juin 1882, paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'à ces dernières années; antécédents héréditaires mauvais; père et mère morts jeunes, après avoir craché du sang; ils toussaient fréquemment et probablement étaient tuberculeux. La malade n'a pas eu dans l'enfance de manifestations strumeuses. Il y a trois ans, elle a contracté la syphilis : éruptions de taches rosées, érosions vulvaires, bubon non suppuré; soumise par M. Fournier à un traitement antisyphilitique.

En contractant la syphilis, Mme X... était devenue enceinte. Des accidents laryngés sont survenus dans les trois derniers mois de la grossesse et ont duré jusqu'à sa fin. Accouchée d'un enfant à terme, mort au bout de deux mois avec des abcès multiples. Calme relatif pendant lequel la malade a toussé plus ou moins suivant la saison. Six mois après son accouchement, nouveaux accidents laryngés survenus encore dans le courant d'une autre grossesse. Nouveau traitement antisyphilitique. Disparition des accidents après l'accouchement, qui eut lieu le 5 août 1881. Enfant mort à quatre mois avec plaques rouges sur le corps.

Depuis cette époque, la malade n'a plus eu d'accidents laryngés, mais elle n'a pas cessé de tousser; expectoration muqueuse et purulente plus abondante le matin que le soir. Amaigrissement rapide, sueurs nocturnes; légère déformation hippocratique des doigts. Pas de troubles de la menstruation.

La malade redevient enceinte en novembre 1881. En mars 1882, reprise des accidents laryngés. La respiration et la parole sont devenues graduellement gênées jusqu'à être presque complètement impossibles. A la consultation de l'hôpital Saint-Louis, on a donné de nouveau le traitement spécifique (*proto-iodure et iodure de potassium*). Point d'amélioration. Cautérisation du fond de la gorge avec la teinture d'iode, mais ce traitement produit une exagération des symptômes dyspnéiques.

État actuel. — Facies amaigri, légèrement cyanosé, dilatation des ailes du nez; inspiration et expiration sifflantes; l'obstacle siège manifestement au niveau du larynx, où le cornage est sensible à la palpation. A l'auscultation, on entend dans les deux poumons la propagation du bruit laryngé; mais, au sommet droit, il existe de la matité; à ce niveau, respiration cavitaire et quelques râles. A la toux, exagération de la voix qui retentit sous l'oreille. Excavation probable. Les crachats sont en partie muqueux, en partie purulents,

jaunâtres, plus abondants le matin. Rien au cœur. Pas d'œdème des membres inférieurs. Rien du côté des autres organes.

Présentation occipito-iliaque droite antérieure.

La malade présente à la lèvre inférieure, du côté gauche, une ulcération de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, recouverte d'une croûte noirâtre avec base indurée, tout à fait semblable à un chancre infectant, ce qui serait en désaccord avec une syphilis ancienne. Il s'agit d'une syphilide tuberculo-crustacée. Rien dans les urines.

On constate au laryngoscope le gonflement des replis aryténo-épiglottiques, le boursoufflement des cordes vocales, ulcérées, recouvertes de mucus, et qui se touchent presque sur la ligne médiane; la fente glottique paraît diminuée de longueur.

M. Verneuil, en présence de la dyspnée croissante, pratique la trachéotomie inter-crico-thyroïdienne qui a été des plus simples. Malgré la difficulté de respirer, on n'hésita pas à employer l'anesthésie et pendant le sommeil chloroformique, la respiration se régularisa. A la suite de la trachéotomie, la respiration devint tout à fait régulière, mais resta fréquente; car on avait supprimé l'obstacle laryngé, mais non l'obstacle pulmonaire. Quatre ou cinq jours après, accouchement d'un enfant maigre, chétif, qui mourut au bout de deux jours avec un sclérème généralisé. La malade éprouva de plus en plus de gêne respiratoire; l'auscultation pulmonaire montra dans les deux poumons une respiration rude, avec de nombreux craquements. Elle mourut au bout de vingt jours environ.

Autopsie. — *Larynx* parsemé d'ulcérations, dont quelques-unes intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse; cordes vocales gonflées, œdématiées, avec des érosions plus semblables à celles de la phthisie laryngée qu'aux ulcérations syphilitiques. Les articulations crico-aryténoïdiennes présentent une laxité tout à fait anormale et leurs surfaces cartilagineuses sont érodées. Les aryténoïdes s'inclinent fortement en avant et diminuent ainsi la longueur de la fente glottique. Les ventricules contiennent du mucus purulent. A la partie supérieure de la trachée existent quelques ulcérations.

Poumons farcis de tubercules caséeux; vaste excavation au sommet droit. Rien de particulier dans les autres organes. Utérus en voie d'involution; ni phlébite ni lymphangite utérines.

CONCLUSIONS.

1° La syphilis, chez les scrofuleux et les tuberculeux, se trouve modifiée par le fait même du terrain sur lequel elle évolue. Ses différentes manifestations ne sont pas toutes changées à un même degré; certaines d'entre elles, d'ordre plutôt médical que chirurgical, semblent échapper à l'influence de la diathèse scrofuleuse ou tuberculeuse.

Les manifestations qui paraissent le plus influencées par la strume, sont : le chancre induré, les engorgements ganglionnaires, les syphilides de la peau et des muqueuses, les affections du globe oculaire, les gommes et surtout celles de la peau et du périoste; à ces dernières se rattachent les lésions des os et des articulations. Le larynx est, chez les tuberculeux, un terrain d'évolution commun aux deux diathèses.

Cette influence de la scrofule se traduit par des changements dans les caractères objectifs, les symptômes, la marche des lésions syphilitiques.

Chez les scrofuleux, la syphilis a une tendance marquée à la suppuration, laquelle peut se produire, soit au point même touché par la diathèse : éruptions cutanées et muqueuses, œil, productions osseuses et périostiques, etc., soit loin de ce point : adénite consécutive au chancre, syphilides, etc. Les affections constituées par le mélange des deux maladies paraissent être plutôt sous l'influence de la syphilis que de la scrofule, car elles cessent souvent lorsque, par le traitement, l'on a affaibli ou détruit l'influence de la dernière; au point de vue anatomique, elles tiennent fréquemment des deux.

Chez les tuberculeux, les deux diathèses mélangent souvent et rapidement leurs manifestations.

2° La syphilis ne paraît pas avoir une action évidente sur le rappel des lésions scrofuleuses, mais elle a malheureusement une tendance funeste à éveiller et à exciter la tuberculose; elle crée des foyers morbides, des points de moindre résistance, dont celle-ci s'emparera pour évoluer en précipitant sa marche habituelle.

3° La syphilis, tout en ayant chez les scrofuleux une gravité plus grande, qui varie avec l'espèce et l'âge des lésions, est cependant guérissable. De plus, en même temps que les manifestations syphilitiques proprement dites, les lésions scrofuleuses dont le réveil

s'était fait sous l'influence de la dernière diathèse disparaissent aussi, la plupart du temps. Chez les tuberculeux, la syphilis acquiert une gravité exceptionnelle.

4° La connaissance de ces formes hybrides de la syphilo-strume est des plus intéressantes, au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Chez les scrofuleux, le traitement tonique et reconstituant devra toujours être associé au traitement spécifique.

Chez les tuberculeux, le début de la syphilis doit être surveillé attentivement, car la moindre de ses manifestations pourra éveiller la tuberculose latente ou déjà en action et amener un dénouement fatal. Dans ce cas, la thérapeutique est généralement impuissante[1].

1. La thèse de M. Ramonat, comme celle de M. Ozenne, est terminée par une bibliographie de plusieurs pages, renfermant l'indication des travaux principaux qui ont été écrits sur le sujet. Nous ne la reproduisons pas plus que la précédente, et nous y renvoyons le lecteur. — A. V.

DES PÉRIOSTOSES DE L'OMOPLATE

Par M. le Dr Dauvé

On distingue, en général, les périostites syphilitiques circonscrites (périostoses) des périostites diffuses, qui sont le plus souvent des ostéo-périostites (ostéo-périostoses). Cette division s'applique essentiellement aux lésions de cette nature dont l'omoplate est le siège.

Périostite circonscrite. — Nous avons recueilli deux faits qui viennent démontrer l'existence des gommes proprement dites : l'un nous a été communiqué par M. Verneuil, l'autre a été publié par M. Langenbeck.

Voici ces deux observations :

Obs. I. — (Verneuil). Dans les premiers jours de mai 1881, je reçois à ma consultation une dame de Belgique, âgée de trente-cinq ans, de bonne constitution, de belle santé ordinaire, n'ayant aucune diathèse apparente. Elle avait ressenti sans cause connue, pour la première fois il y a six mois environ, une gêne dans la région scapulaire droite.

Bientôt on avait constaté une tuméfaction profonde, diffuse, sans changement de couleur de la peau, et prescrit sans succès diverses pommades. La saillie augmente peu à peu, jusqu'à acquérir des dimensions considérables; les douleurs sont toujours minimes; la santé générale reste bonne. On applique sans résultat des sangsues et des vésicatoires.

Un jour, au sommet de la tumeur qui avait le volume du poing

1. Extraits d'une thèse rédigée sous mon inspiration et soutenue à Paris le 1er février 1882. On y trouve quatre observations d'une affection dont il n'existe que peu d'exemples antérieurs dans les annales de la science. De ces quatre cas, deux sont tirés de ma pratique et ont été le point de départ de cette thèse. On en a lu deux autres, recueillis depuis, dans la thèse de M. Ramonat (Voir plus haut, p. 836, obs. LXIV et LXV).

et dans un lieu où la peau prenait une couleur un peu violacée, on crut percevoir de la fluctuation et l'on fit une ponction exploratrice. Il ne sortit que quelques gouttes de sang. La petite plaie du trocart se cicatrisa aussitôt, mais, huit ou dix jours après, la piqûre reparut ; il se forma un point rouge, puis une tache grisâtre qui s'agrandit, et enfin une eschare circulaire, mesurant environ 3 centimètres.

Ces derniers phénomènes alarment le malade, qui vient à Paris me demander conseil. L'interrogatoire indiquait bien la marche du mal, mais laissait ignorer sa nature et sa cause. Un seul coup d'œil jeté sur la tumeur m'éclaira suffisamment.

Dans la région scapulaire postérieure, existait une tuméfaction considérable, répondant à peu près à la fosse sous-épineuse ; elle mesurait environ 8 à 10 centimètres de diamètre, et faisait au-dessus des parties voisines une saillie de 4 centimètres au moins dans son point culminant, qui répondait à son centre. La circonférence se confondait insensiblement avec les parties voisines. La tumeur était manifestement adhérente au scapulum, dont elle suivait tous les mouvements et ne pouvait en être détachée.

La peau, rouge à la circonférence, était violette et livide en s'approchant du centre et largement perforée.

L'eschare, d'un gris jaunâtre, commençait à s'isoler à la circonférence ; au fond du sillon se voyait distinctement un tissu *jaune chamois*, qui caractérise si clairement la gomme en voie de mortification et d'élimination. Les bords cutanés, un peu dentelés et décollés, étaient d'un rouge sale.

Toute la masse était ferme au toucher au-dessous de la perforation et indolente à la pression. La suppuration d'ailleurs peu abondante était ténue et sans fétidité. Point d'engorgement ganglionnaire, ni dans l'aisselle, ni dans le triangle sus-claviculaire. Les mouvements du bras sont un peu pénibles, mais ont conservé toute leur ampleur.

Je ne jugeai pas à propos de faire des questions directes auxquelles on n'aurait certainement pas répondu, et les questions indirectes ne reçurent pas davantage de solution conforme à l'hypothèse. Mais je n'en avais nul besoin.

Je prescrivis le traitement. J'annonçai la bénignité et autorisai la malade, très contente de n'avoir pas de tumeur grave, à m'écrire si elle n'était pas déjà mieux au bout de quinze jours.

Je n'ai reçu depuis aucune nouvelle.

Obs. II. — *Vaste tumeur gommeuse du scapulum gauche, prise pour un lipome* [1].

Gottlob Schumacher, vingt-cinq ans, tourneur, m'est envoyé le 25 juin 1860 de la clinique interne avec une lettre de son médecin, me priant de lui extirper un lipome de la région de l'omoplate.

Ce jeune homme, d'une forte constitution, a cependant le facies pâle; il prétend avoir toujours eu une bonne santé et attribue cette tumeur à un coup reçu sur l'épaule. Elle a commencé, il y a cinq mois, par un petit noyau sur le scapulum, dont il ne se rappelle plus exactement le siège, et qui a grandi subitement, accompagné de très fortes douleurs. Il nie toute affection syphilitique antérieure.

Sur la partie postérieure de l'omoplate gauche, on constate une tumeur située dans la fosse sous-épineuse, faisant une saillie de près de 6 centimètres. Les contours du scapulum sont très bien dessinés. Aucun gonflement de l'os.

La tumeur suit les mouvements du scapulum, n'est pas mobile sur lui, et ne roule pas sous la peau; sa surface est inégale et formée par trois tumeurs reliées entre elles. Sur son point culminant, la peau est le siège de trois ulcérations, à bords déchiquetés, horizontaux et luisants, à fond gris jaunâtre, sécrétant un pus muco-séreux; autour, la peau est d'une rougeur phlegmoneuse livide et sensible au toucher. Les mouvements du bras étant douloureux, le malade demande instamment l'ablation de la tumeur.

La situation de cette tumeur, sa consistance dure et son adhérence, aussi bien à l'omoplate qu'à la peau, devaient exclure toute idée de lipome[2]. Dans le fait, elle ressemblait plutôt à une infiltration qu'à une tumeur proprement dite, de telle sorte que l'on devait exclure toute idée d'autres pseudoplasmes.

L'exploration avec le stylet prouve que l'os n'est pas nécrosé.

Cette tumeur m'en rappela plusieurs autres petites que j'avais vues autour du tendon d'Achille. Le pressentiment que j'avais affaire à une affection gommeuse se changea bien vite en certitude, quand j'eus constaté une induration du testicule gauche, qui était augmenté de volume (moitié plus gros que le droit), dur, à surface inégale et un peu douloureux.

Le malade, en présence de ces signes évidents, avoua avoir eu

1. *Archiv für klin. Chirurgie*, de Langenbeck, 1881, t. XXVI, p. 271.
2. Quand un lipome suppure ou s'ulcère à la suite d'une nécrose, ces changements présentent un tout autre caractère : dans le cas de suppuration, le pus sécrété est de bonne nature; dans le cas de nécrose, on trouve sur la partie culminante de la tumeur une ulcération cratériforme, à fond recouvert de tissu mortifié.

un chancre, trois ans auparavant, mais jamais d'éruptions à la peau, ni de plaques muqueuses. J'instituai le traitement suivant : frictions mercurielles; iodure de potassium à l'intérieur.

Après huit jours, la tumeur avait perdu une grande partie de son volume, les douleurs avaient beaucoup diminué. Les ulcérations se cicatrisèrent, après la continuation de la cure, sans perte de substance. Les cicatrices étaient blanches et légèrement déprimées. La tumeur du testicule disparut aussi, et le malade, après quatre semaines de traitement, fut renvoyé guéri, le 31 juillet 1860, un mois après son entrée dans le service.

Dans ces deux cas, le siège de la tumeur, son développement lent, sans retentissement sur la santé générale, enfin, les caractères objectifs, sont presque identiques.

Un seul symptôme diffère : c'est la douleur, à peu près nulle dans un cas, assez intense dans l'autre; mais cela n'a rien qui doive étonner quand on connaît les variétés si grandes que présentent les lésions osseuses syphilitiques chez les divers sujets.

A l'aide de ces deux observations, si explicites et si complètes, on peut résumer les caractères que présentent les périostoses gommeuses de l'omoplate.

Le premier phénomène que remarque le sujet, est la présence, sur un point de l'omoplate (et la fosse sous-épineuse, en raison de sa situation superficielle, paraît devoir être un siège d'élection), d'une petite tumeur à laquelle on ne prête attention que parce qu'elle entraîne une gêne légère dans les mouvements du membre supérieur.

Cette tumeur évolue lentement, mettant cinq ou six mois à acquérir son développement complet. Celui-ci varie dans des limites très étendues, puisqu'elle peut atteindre jusqu'à 12 centimètres de diamètre et 5 centimètres de hauteur.

Nous devons insister sur ces dimensions énormes, car il ne vient pas à l'esprit, de prime abord, de considérer comme des gommes de semblables néoplasmes. La tumeur fait corps avec le scapulum dont elle suit les mouvements; elle est absolument immobile, et, comme le dit Langenbeck, ressemble plutôt à une infiltration qu'à une vraie tumeur; sa forme est arrondie ou lobée. La consistance est longtemps dure dans toute son étendue. Enfin, une fluctuation réelle ou fausse apparaît dans les couches superficielles, au moment où la gomme se ramollit. Toutefois il ne paraît pas se faire jamais une production abondante de liquide, ni formation de pus

dans l'épaisseur de la tumeur; ce qui s'explique par ce qu'en général les gommes se mortifient, mais ne suppurent pas.

La peau est d'abord intacte et mobile à la surface, puis arrive un moment où, soit par le fait de sa distension exagérée, soit plutôt par l'envahissement de l'infiltration spécifique, elle s'altère, s'amincit, prend une coloration rouge ou violacée, et enfin devient le siège, au point culminant, d'une eschare arrondie, de couleur gris jaunâtre, qui ne tarde pas à s'isoler des parties voisines. Dans le sillon de séparation ou dans le fond de l'ulcération que laisse l'eschare en se détachant, on voit bientôt ce tissu particulier, ce bourbillon de couleur jaune chamois qui ne laisse pas de doute sur la nature de la tumeur.

L'ulcération est simple ou multiple suivant que la tumeur est unique ou formée de plusieurs lobes. Les bords en sont amincis, violacés, peu ou pas décollés, à contours annulaires ou légèrement déchiquetés. Au fond de l'ulcération on n'a pas constaté de dénudation osseuse; mais il serait possible que la gomme siégeant dans les couches plus profondes du périoste pût mettre l'os à nu sur un point, comme on le voit quelquefois au crâne.

Le muscle sous-épineux, à cette période de la maladie, est évidemment envahi et détruit au niveau de la lésion. En tout cas on ne découvre que le foyer gommeux, du périoste jusqu'à la peau.

Au point de vue fonctionnel, les symptômes sont plus variables; tantôt il n'y a qu'une simple gêne des mouvements; tantôt il existe des douleurs qui rappellent celles des lésions syphilitiques des os.

L'évolution complète d'une semblable lésion abandonnée à elle-même serait sans doute très longue, tous ces phénomènes se succédant lentement, et l'élimination s'achevant peu à peu. Cependant, il est probable que la cicatrisation finirait par se produire avec une plus large perte de substance et par conséquent une cicatrice plus étendue.

Peut-être même pourrait-il se faire que l'inflammation consécutive du périoste amenât la destruction de cette membrane et la dénudation osseuse. On évitera sûrement tous ces inconvénients, si par un examen attentif on fait de bonne heure le diagnostic de la lésion, car alors le traitement spécifique fera disparaître en quelques semaines le travail pathologique de plusieurs mois, et il ne restera, comme trace de l'affection, qu'une cicatrice, blanche, amincie, déprimée, non adhérente à l'os dans la plupart des cas.

Périostite diffuse. — Nous n'avons observé qu'un cas de ce

genre, mais nous l'avons suivi longtemps, et les caractères de la lésion étaient si accentués, qu'ils peuvent facilement servir à une description générale. Ces caractères, du reste, diffèrent assez notablement de ceux des gommes précédemment étudiées, pour que nous insistions sur la nécessité de décrire séparément ces deux variétés de périostites syphilitiques.

Dans la variété diffuse, l'évolution est également lente, la tuméfaction de l'os se fait graduellement, sans douleur notable. L'individu éprouve seulement une gêne croissante des mouvements, qui paraît due surtout à l'augmentation de volume de l'os et à la distension de tous les muscles et surtout du sous-scapulaire. Cette tuméfaction en effet est générale ou du moins étendue à l'une des faces et aux bords de l'omoplate; il en résulte une déformation considérable de la région. Le scapulum est soulevé en masse, comme il le serait par une tumeur de la paroi thoracique.

Les téguments sont absolument intacts et glissent facilement sur le squelette de l'épaule. Mais lorsqu'on fait une exploration attentive, on s'aperçoit que l'os est notablement déformé. Le bord spinal, le bord axillaire et l'angle inférieur, sont énormément épaissis et comme infiltrés par un néoplasme qui aurait envahi l'os dans toute son étendue.

Il s'agit bien d'une lésion primitive du scapulum; car la masse morbide suit tous les mouvements imprimés à cet os sur la cage thoracique, et les doigts introduits entre lui et les côtes constatent l'intégrité de ces dernières.

Nous ne saurions mieux comparer la physionomie de la lésion qu'à celle d'un ostéo-sarcome qui aurait envahi l'omoplate. C'est du reste à ce diagnostic que la plupart des chirurgiens avaient songé, en étudiant notre malade.

La consistance de la production néoplasique était rénitente, élastique, surtout au niveau du bord spinal, ce qui justifie les ponctions exploratrices auxquelles on eut recours. Du reste, pas d'engorgement ganglionnaire.

Il n'est pas douteux qu'abandonnée à elle-même cette périostose n'aboutisse comme terminaison ordinaire à une déformation définitive, à une hyperostose, ainsi que l'a signalé M. Lannelongue (*Société de chirurgie*, 1881). Le même auteur rappelle qu'elle ne provoque que rarement la suppuration ou la nécrose. Dans le cas que nous avons observé, malgré la longue période pendant laquelle l'affection fut abandonnée à elle-même, il n'y a jamais eu menace d'une semblable terminaison.

Si au contraire la nature du mal est reconnue, même tardivement, le traitement spécifique enrayera le travail morbide, et même fera rétrograder la lésion jusqu'à la guérison plus ou moins complète.

On jugera mieux encore de la symptomatologie par l'exposé de l'observation suivante, que nous avons recueillie avec tout le soin possible.

Obs. III. — M..., cordonnier, cinquante et un ans, entré le 21 octobre 1880 dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Louis, n° 45.

Cet homme, grand, fort, ayant toutes les apparences d'une robuste santé, présente une tuméfaction de l'épaule droite qui s'accompagne d'une très grande gêne des mouvements, lesquels sont même assez douloureux.

Nous ne trouvons dans ses antécédents pathologiques qu'une fièvre typhoïde en 1873. Il nie absolument toute espèce d'accidents vénériens.

L'épaule droite est singulièrement déformée; les mouvements du bras, très limités, permettent de l'écarter du corps, de l'amener à l'horizontale, mais non de placer la main sur la tête ni sur la hanche. Tous ces mouvements, dès qu'ils sont un peu étendus, sont pénibles et douloureux. L'articulation scapulo-humérale n'est point le siège de cette gêne fonctionnelle. Elle n'est, en effet, nullement altérée et les mouvements communiqués à l'humérus s'y exécutent dans toute leur étendue avec une facilité normale. L'extrémité supérieure de l'humérus ne présente aucune altération.

Il n'en est pas de même de l'omoplate; cet os fait une saillie énorme à la partie postérieure du thorax, déformé, arrondi à son niveau comme s'il était le siège d'une volumineuse tumeur. Le bord spinal est soulevé et écarté des côtes avec lesquelles il est normalement en rapport, on constate qu'il en est séparé par une masse assez dure présentant cependant une certaine rénitence et qui paraît occuper presque toute la fosse sous-scapulaire; ce bord spinal de l'omoplate n'est pas seulement soulevé, il est encore très épaissi sur toute sa hauteur, mais surtout depuis l'épine jusqu'à l'angle inférieur, qui est notablement tuméfié.

L'épaississement osseux porte même sur l'épine, à sa partie moyenne et probablement aussi sur la fosse sous-épineuse, dont l'exploration est rendue difficile à cause du muscle qui la recouvre.

L'omoplate est naturellement plus fixe qu'à l'état normal. Elle peut être légèrement mobilisée sur le thorax avec toute la masse

qui lui adhère, ce qui, avec les lésions que l'on trouve à la face externe, indique bien qu'il ne s'agit pas d'une lésion costale.

Quant à la nature du mal, elle est moins facile à déterminer, même avec les renseignements que donne le malade.

Il raconte qu'il y a plus d'un an que l'épaule grossit et que les mouvements sont gênés. L'affection, du reste, paraît s'être développée spontanément, sans aucune des causes traumatiques invoquées si souvent. La tuméfaction de l'épaule, de même que les troubles fonctionnels, ont été graduellement en augmentant, et c'est parce que ces derniers empêchent le travail que cet homme est venu à l'hôpital.

M. Verneuil revient sur les commémoratifs et questionne de nouveau sur les accidents syphilitiques antérieurs le malade, qui affirme n'avoir jamais eu ni chancre ni éruptions cutanées, ni rien qui puisse faire supposer la vérole; et de fait, on ne trouve sur lui aucun indice, aucune cicatrice qui vienne contredire ses affirmations.

On hésite entre un abcès froid profond de la face antérieure de l'omoplate, solidement enkysté et limité par le muscle sous-scapulaire et les autres muscles qui s'insèrent au bord spinal, et un ostéo-sarcome. Il faut avouer que cette dernière hypothèse paraît la plus plausible, étant donné non seulement le soulèvement de l'omoplate par une production née à sa face antérieure, mais aussi la tuméfaction très appréciable de la face postérieure. C'est à ce diagnostic qu'on tend à s'arrêter. Mais M. Verneuil se décide, pour plus de sécurité, à faire avant tout une ponction exploratrice.

Le 28 octobre, la ponction est pratiquée avec l'aiguille Dieulafoy n° 2 dans la masse qui sépare l'omoplate du thorax; elle ne donne issue qu'à quelques gouttes d'un liquide sanguinolent, dont on néglige de faire l'examen microscopique. Cette ponction paraît confirmer le diagnostic d'ostéo-sarcome, et le malade est tenu en observation jusqu'à ce qu'une intervention chirurgicale soit décidée. La santé générale n'est du reste nullement altérée et permet de temporiser.

2 novembre. — M. Verneuil, en raison de la rénitence qu'on perçoit au niveau du bord spinal, juge utile de faire encore une ponction exploratrice, en examinant cette fois la matière qu'on retirera. Cette ponction, pratiquée en dedans et au devant du bord spinal, ne fournit toujours qu'une gouttelette de sang. La pointe de l'aiguille ramène un très minime fragment de la tumeur, qui, porté sous le champ du microscope, est trouvé uniquement composé de globules rouges et d'un assez grand nombre de leucocytes, sans

aucun élément fusiforme comme ceux que l'on observe communément dans les ostéo-sarcomes; le diagnostic d'une production de ce genre paraît donc de plus en plus probable. Mais, avant de soumettre le malade à la grave opération que nécessiterait l'existence d'une pareille tumeur, M. Verneuil veut faire une dernière tentative et prescrit le traitement spécifique. On donne alors chaque jour un gramme d'iodure de potassium et une pilule de proto-iodure d'hydrargyre.

10 novembre. — Ce traitement paraît produire un bon résultat, le malade nous affirme qu'il se trouve mieux et que les mouvements sont un peu plus libres. Cette amélioration engage à continuer.

15 novembre. — Le malade affirme qu'il se sent beaucoup mieux. La tumeur en effet a un peu diminué, et les mouvements sont de moins en moins douloureux. Cet homme se trouve même assez bien pour demander à rentrer chez lui.

Dans le courant de décembre, il revient dans le service; on ne saurait plus conserver aucun doute sur la nature syphilitique de son affection, en raison du bon résultat obtenu par le traitement spécifique. La tuméfaction de l'épaule, ou, si l'on veut, le soulèvement de l'omoplate, a beaucoup diminué. Les mouvements sont infiniment plus faciles et permettent amplement le travail ordinaire.

Nous avons perdu de vue cet homme pendant assez longtemps. Il est revenu vers le mois de mai; l'amélioration persistante est de nouveau constatée, et M. Verneuil l'autorise à cesser son traitement pendant quelque temps.

5 juillet. Dans le but de compléter l'observation, nous avons prié le malade de revenir à l'hôpital.

Tout d'abord il nous affirme que les mouvements de l'épaule ont repris leur intégrité parfaite; aussi étendus que de l'autre côté, ils ne sont nullement douloureux. Il peut travailler aussi facilement qu'avant.

L'épaule a repris son apparence normale. L'omoplate n'est pas plus saillante dans son ensemble que celle du côté gauche: mais vers la partie moyenne du bord spinal, on voit encore une petite saillie arrondie, soulevant la peau; notre homme nous dit seulement que lorsqu'il s'appuie le dos contre un meuble ou contre un mur, il éprouve bientôt un peu de douleur dans le point signalé. C'est d'après lui tout ce qu'il lui reste de l'affection.

A la palpation, nous en trouvons cependant quelques reliquats plus prononcés.

L'épine reste encore un peu épaissie comparativement à celle du

côté opposé. L'omoplate n'est plus soulevée et on peut, en abaissant l'épaule, introduire la main entre elle et le thorax. Mais alors, si si l'on vient à serrer le bord spinal entre le pouce et les autres doigts pour en apprécier l'épaisseur, on sent qu'il est manifestement augmenté, surtout au niveau de l'angle de l'omoplate et de sa surface externe. L''os à ce niveau paraît presque le double de l'autre.

Enfin sur le bord spinal, en remontant vers la partie supérieure, on trouve, à cinq centimètres du sommet de l'angle, une sorte d'encoche surmontée d'une saillie analogue à une exostose, saillie arrondie, dure et légèrement douloureuse à la pression, qui pointe sous la peau et supporte difficilement une pression continue.

Malgré ces quelques traces de la lésion primitive, il n'est pas douteux que nous n'ayons eu affaire à une périostose syphilitique, car aucune autre lésion n'aurait cédé si rapidement et si complètement au traitement spécifique. Le malade peut être considéré comme absolument guéri, et, sans aucun doute, en continuant encore pendant quelque temps l'iodure de potassium, il arrivera à faire disparaître complètement le léger épaississement de l'os qui subsiste encore.

Toutefois, il serait possible que cette exsudation ait déterminé la formation, à la face profonde du périoste, d'une mince couche de tissu osseux organisée définitivement, éventualité qui n'aurait évidemment rien de fâcheux.

Étiologie. — Les observations que nous rapportons sont trop peu nombreuses pour nous permettre de rien préciser à cet égard. Toutefois nous devons noter que, dans deux cas, c'est l'omoplate droite qui était affectée, c'est-à-dire celle du membre supérieur le plus actif; de plus dans l'un de ces cas il s'agissait d'un cordonnier, dont la profession exige un travail presque exclusif des membres supérieurs. C'est peut-être à de semblables circonstances qu'on pourrait rapporter ce lieu d'élection un peu insolite.

Le troisième malade accusait un trauma antérieur, et l'on sait que c'est là une condition propre à constituer, dans un point de l'économie, un *locus minoris resistentiæ* devant être de préférence le siège des localisations diathésiques.

Cependant, pour les accidents tertiaires, nous ne devons pas perdre de vue que, plus souvent qu'on ne pourrait le croire, ils sont héréditaires.

DIAGNOSTIC. *Périostites circonscrites.* — Il n'est guère possible le confondre les gommes périostiques ulcérées de l'omoplate avec les néoplasmes de nature maligne, ni avec les productions épithéliales, e cancroïde et les adénomes sudoripares de la peau.

Les abcès froids, sur le point de s'ouvrir ou déjà fistuleux, ont aussi un aspect bien différent. Leur ouverture spontanée se fait par un petit pertuis situé au sommet d'une poche fluctuante; rien ne rappelle l'eschare centrale des gommes, bientôt entourée du sillon éliminatoire, sans écoulement de véritable pus.

L'orifice devenu fistuleux précède une cavité limitée par un derme aminci et décollé sur une plus ou moins grande étendue, et présentant au moins un prolongement, qui conduit le plus souvent sur un point osseux dénudé. La sécrétion purulente a été comparée à du petit lait. C'est cependant avec les abcès froids que la confusion sera le plus facile, et dans certains cas le diagnostic reste douteux, même après l'ouverture de la poche.

M. Terrillon a présenté à la Société de chirurgie une observation très instructive à cet égard; il a eu affaire à une tumeur fluctuante qu'il crut être un abcès ossifluent. Après l'ouverture chirurgicale de la collection, il trouva une cavité bien limitée, et, sur aucun point, ne découvrit une dénudation osseuse. Même après l'intervention, il persista dans son diagnostic; mais d'après la description qu'il en fit à la Société de chirurgie[1], M. Verneuil pensa qu'il s'agissait d'une gomme syphilitique.

Voici du reste cette observation.

OBS. IV. — *Abcès froid de la région de l'omoplate à contenu muqueux. — Guérison.*

Hilfer, quarante-deux ans, charbonnier, entré à l'hôpital Saint-Louis le 9 septembre 1878.

Il y a environ six mois, chute sur le moignon de l'épaule. A la suite de cet accident, assez léger du reste, il put continuer son travail malgré une douleur qui persistait dans l'épaule. Mais les mouvements du bras étaient gênés, et avaient perdu beaucoup de leur vigueur ordinaire.

Il y a trois semaines environ, il s'aperçut qu'il avait une grosseur vers la partie postérieure de l'omoplate. Bientôt l'augmentation de volume de cette tuméfaction l'inquiéta davantage, et le décida à entrer à l'hôpital.

1. *Bull. de la Société de chirurgie*, séance du 29 juin 1881.

côté opposé. L'omoplate n'est plus soulevée et on peut, en abaissant l'épaule, introduire la main entre elle et le thorax. Mais alors, si si l'on vient à serrer le bord spinal entre le pouce et les autres doigts pour en apprécier l'épaisseur, on sent qu'il est manifestement augmenté, surtout au niveau de l'angle de l'omoplate et de sa surface externe. L''os à ce niveau paraît presque le double de l'autre.

Enfin sur le bord spinal, en remontant vers la partie supérieure, on trouve, à cinq centimètres du sommet de l'angle, une sorte d'encoche surmontée d'une saillie analogue à une exostose, saillie arrondie, dure et légèrement douloureuse à la pression, qui pointe sous la peau et supporte difficilement une pression continue.

Malgré ces quelques traces de la lésion primitive, il n'est pas douteux que nous n'ayons eu affaire à une périostose syphilitique, car aucune autre lésion n'aurait cédé si rapidement et si complètement au traitement spécifique. Le malade peut être considéré comme absolument guéri, et, sans aucun doute, en continuant encore pendant quelque temps l'iodure de potassium, il arrivera à faire disparaître complètement le léger épaississement de l'os qui subsiste encore.

Toutefois, il serait possible que cette exsudation ait déterminé la formation, à la face profonde du périoste, d'une mince couche de tissu osseux organisée définitivement, éventualité qui n'aurait évidemment rien de fâcheux.

ÉTIOLOGIE. — Les observations que nous rapportons sont trop peu nombreuses pour nous permettre de rien préciser à cet égard. Toutefois nous devons noter que, dans deux cas, c'est l'omoplate droite qui était affectée, c'est-à-dire celle du membre supérieur le plus actif; de plus dans l'un de ces cas il s'agissait d'un cordonnier, dont la profession exige un travail presque exclusif des membres supérieurs. C'est peut-être à de semblables circonstances qu'on pourrait rapporter ce lieu d'élection un peu insolite.

Le troisième malade accusait un trauma antérieur, et l'on sait que c'est là une condition propre à constituer, dans un point de l'économie, un *locus minoris resistentiæ* devant être de préférence le siège des localisations diathésiques.

Cependant, pour les accidents tertiaires, nous ne devons pas perdre de vue que, plus souvent qu'on ne pourrait le croire, ils sont héréditaires.

Diagnostic. *Périostites circonscrites.* — Il n'est guère possible de confondre les gommes périostiques ulcérées de l'omoplate avec les néoplasmes de nature maligne, ni avec les productions épithéliales, le cancroïde et les adénomes sudoripares de la peau.

Les abcès froids, sur le point de s'ouvrir ou déjà fistuleux, ont aussi un aspect bien différent. Leur ouverture spontanée se fait par un petit pertuis situé au sommet d'une poche fluctuante; rien ne rappelle l'eschare centrale des gommes, bientôt entourée du sillon éliminatoire, sans écoulement de véritable pus.

L'orifice devenu fistuleux précède une cavité limitée par un derme aminci et décollé sur une plus ou moins grande étendue, et présentant au moins un prolongement, qui conduit le plus souvent sur un point osseux dénudé. La sécrétion purulente a été comparée à du petit lait. C'est cependant avec les abcès froids que la confusion sera le plus facile, et dans certains cas le diagnostic reste douteux, même après l'ouverture de la poche.

M. Terrillon a présenté à la Société de chirurgie une observation très instructive à cet égard; il a eu affaire à une tumeur fluctuante qu'il crut être un abcès ossifluent. Après l'ouverture chirurgicale de la collection, il trouva une cavité bien limitée, et, sur aucun point, ne découvrit une dénudation osseuse. Même après l'intervention, il persista dans son diagnostic; mais d'après la description qu'il en fit à la Société de chirurgie[1], M. Verneuil pensa qu'il s'agissait d'une gomme syphilitique.

Voici du reste cette observation.

Obs. IV. — *Abcès froid de la région de l'omoplate à contenu muqueux. — Guérison.*

Hilfer, quarante-deux ans, charbonnier, entré à l'hôpital Saint-Louis le 9 septembre 1878.

Il y a environ six mois, chute sur le moignon de l'épaule. A la suite de cet accident, assez léger du reste, il put continuer son travail malgré une douleur qui persistait dans l'épaule. Mais les mouvements du bras étaient gênés, et avaient perdu beaucoup de leur vigueur ordinaire.

Il y a trois semaines environ, il s'aperçut qu'il avait une grosseur vers la partie postérieure de l'omoplate. Bientôt l'augmentation de volume de cette tuméfaction l'inquiéta davantage, et le décida à entrer à l'hôpital.

1. *Bull. de la Société de chirurgie*, séance du 29 juin 1881.

On trouva alors au niveau de la partie postérieure et inférieure de l'omoplate droite une saillie très prononcée, légèrement allongée dans le sens vertical, et ayant au moins le volume du poing d'un adulte. La fluctuation était évidente, malgré l'épaisseur assez considérable de la couche sous-cutanée. La peau ne présentait aucune altération. Ni douleur à la surface de la tumeur, ni points douloureux au niveau de l'omoplate ; mais la masse fluctuante adhérait par sa face profonde à cet os. Atrophie manifeste des muscles sus et sous-épineux et peut-être aussi du deltoïde. Articulation intacte.

On songe immédiatement à un abcès ossifluent.

Une ponction exploratrice, pratiquée avec un trocart assez gros de l'appareil Dieulafoy, donna issue à un liquide jaunâtre filant, assez épais, ayant les apparences de celui qu'on trouve dans certains kystes.

En présence de la nature de ce liquide, je résolus de faire une opération radicale.

Avec le thermo-cautère, je fis une incision verticale suivant le grand axe de la tumeur ; après avoir incisé la peau et une couche mince de tissu cellulaire sous-cutané, j'eus à couper une paroi épaisse et d'apparence fibreuse. Lorsque l'incision fut complète, le liquide fut évacué ; il avait les mêmes caractères que ceux indiqués plus haut ; mais de plus on remarquait un certain nombre de petits grumeaux blanchâtres.

La surface de la poche présentait un aspect qui rappelait celui d'un abcès froid privé de son contenu. Cette surface était anfractueuse, granuleuse, d'un aspect blanchâtre, non vasculaire, et on distinguait facilement de petits prolongements d'apparence caséeuse.

La partie profonde de la poche étalée à la surface de l'omoplate était très adhérente à l'os, et semblait aussi épaisse que la partie sous-cutanée. En aucun point, on ne pouvait trouver l'os à nu ou même voisin de sa cavité. Toute cette poche paraissait avoir remplacé, presque complètement, le muscle sous-épineux. Je fis la résection d'une partie de la paroi et je cautérisai vigoureusement la surface interne avec le fer rouge.

Quelques jours après l'opération, toute la cavité se détergea par la chute des eschares résultant de la cautérisation, et bientôt il y eut un bourgeonnement assez énergique.

Enfin le malade sortit guéri de l'hôpital au bout d'un temps qui n'a pas été noté dans l'observation.

Dans la discussion qui suivit la lecture de ce fait, M. Verneuil

montra l'analogie qui existait entre lui et ceux que nous rapportons, et qu'il signala, du reste, à la Société de chirurgie.

M. Le Dentu considéra, au contraire, la tumeur décrite par M. Terrillon, comme un cas non douteux de ces abcès froids qui présentent un contenu muqueux à une certaine phase de leur évolution. Dans cette hypothèse, il se serait agi d'une véritable gomme scrofuleuse, plutôt que d'un abcès ossifluent.

On sait combien la distinction de ces gommes scrofuleuses, d'avec les gommes syphilitiques, est difficile ; c'est ce que rappela si judicieusement M. Le Dentu, dont nous tenons à rapporter les paroles : « Si l'on songe aux difficultés cliniques que fait surgir chaque jour l'étude comparative de la syphilis tertiaire et de la scrofule, aux similitudes d'aspect qu'offrent les ulcérations résultant de l'ouverture spontanée des abcès froids, et les gommes en partie débarrassées de leur bourbillon, on doit reconnaître sans peine qu'il n'est pas facile de distinguer les collections de ce genre de celles qu'a observées M. Terrillon et des tumeurs mixtes, moitié solides, moitié liquides qu'a vues M. Verneuil. Il reste encore, selon moi, beaucoup à faire pour établir les caractères différentiels de ces produits rares des deux diathèses. »

En présence de cas aussi exceptionnels, et quand les caractères objectifs bien étudiés n'auront pas entraîné la conviction, l'étude de l'état constitutionnel du sujet pourra être d'un enseignement précieux pour la solution du problème.

Il est manifeste que, s'il s'agit d'un individu robuste, ne présentant aucun des attributs de la scrofule, il y aura beaucoup de probabilités, sinon une certitude complète, en faveur de la syphilis, et que l'indication qui s'imposera à notre jugement sera de soumettre le malade à l'épreuve thérapeutique avant toute autre intervention.

Avant la période d'ulcération, les causes d'erreur sont encore plus nombreuses. L'omoplate, en effet, et la région scapulaire, sont assez fréquemment le siège du développement de tumeurs variées, qui, surtout à leur début, peuvent présenter des points de ressemblance avec les périostoses gommeuses circonscrites ; nous devons nous borner à passer en revue les tumeurs circonscrites, les seules qui puissent prêter à confusion.

Les néoplasmes de la région qui ne tiennent pas directement à l'omoplate, nous offrent peu de considérations relatives au diagnostic ; leur caractère essentiel est d'être mobiles sur cet os. C'est ainsi que les lipomes paraissent devoir être difficilement

confondus avec les gommes périostiques du scapulum, quoique Langenbeck signale cette cause d'erreur. Il est vrai que, dans le cas auquel il fait allusion, la tumeur gommeuse était bosselée, présentait trois lobes différents, avec saillie sous la peau; néanmoins l'aspect et la consistance d'un lipome sous-cutané sont très différents de ce que l'on observait chez le malade en question.

Il est inutile d'insister sur les autres tumeurs sous-cutanées dont on peut concevoir le développement dans cette région, tels certains fibromes superficiels, des exostoses assez fréquemment constatées, et quelques enchondromes.

Des exostoses, quelques-unes sont consécutives à des périostites syphilitiques, et rentrent dans la catégorie des faits que nous avons en vue; elles se produisent, de préférence, au niveau des bords de l'omoplate, et se développent plutôt au niveau de l'angle inférieur de l'os. Chez les enfants ou les jeunes gens, ce sont des exostoses ostéogéniques : leur situation, au niveau des cartilages épiphysaires, l'âge des sujets, le développement limité et bientôt définitivement arrêté, feront porter le diagnostic.

Pour les exostoses constituées, leur consistance mettra sûrement l'observateur à l'abri de toute confusion avec une périostite syphilitique en voie de développement.

Les enchondromes appartiennent rarement à la catégorie des tumeurs que nous passons en revue; en effet, exceptionnellement circonscrits, ils ont presque toujours une évolution rapide et envahissante, forment des tumeurs quelquefois considérables et sont susceptibles de se généraliser.

Nous avons laissé de côté toute la classe des tumeurs malignes des os, auxquelles l'omoplate fournit un assez riche contingent, parce qu'elles ont des allures différentes de celles des périostoses circonscrites.

En somme, l'affection qui a la plus grande analogie avec les gommes périostiques non ulcérées est celle que nous avons déjà vue être susceptible de prêter à l'erreur, quand la gomme est ulcérée : nous voulons dire l'abcès froid, qu'il soit protopathique (gomme scrofuleuse) ou qu'il tienne à une altération de l'os.

Le principal caractère qui servira à différencier les deux affections se tire de ce fait : que l'abcès froid est constitué essentiellement par une poche remplie et par conséquent fluctuante dans toute son étendue. Lorsque l'abcès sera encore recouvert par un des muscles de la région, la fluctuation sera difficile à percevoir. Toutefois la consistance sera plus élastique dans le cas d'une

périostite gommeuse. De plus, la collection ainsi profondément située sera aplatie par suite de la résistance des muscles et de leur aponévrose, qui se laisseront difficilement soulever. Enfin, le pus se faisant jour dans le tissu cellulaire sous-cutané, la fluctuation sera beaucoup plus nette.

Insistons sur ce fait que dans la gomme, sur le point de se ramollir, existera aussi une certaine fluctuation limitée au centre de la tumeur, la majeure partie de celle-ci restant dure et solide. Dans l'abcès, au contraire, on a la sensation d'une simple poche remplie de liquide. Pour les abcès ossifluents, la tuméfaction pourra avoir successivement son siège en différents points, par suite de la migration du pus dans les interstices celluleux qui lui offrent une résistance moindre.

Pour être complet, signalons certains kystes hématiques, qu'on a rencontrés à l'angle inférieur de l'omoplate, et qui ont pour siège une bourse séreuse située à ce niveau. Un traumatisme antérieur et le siège spécial fourniront de grandes probabilités en faveur d'une lésion de ce genre.

Périostoses diffuses. — La question du diagnostic est plus restreinte avec la périostose diffuse, dont nous avons tenté de préciser les caractères. Quelques affections de la région scapulaire présentent des caractères analogues et parfois une telle similitude d'allure et d'aspect, que la confusion est difficile à éviter.

On distinguera facilement les tumeurs qui ont une autre origine que l'omoplate et ne font que soulever l'os en masse; telles, par exemple, un ostéo-sarcome ou une tumeur syphilitique des côtes sous-jacentes.

Les abcès ossifluents venant des côtes peuvent se collecter entre l'omoplate et la cage thoracique. Mais, outre qu'ils ne resteront pas confinés dans le tissu cellulaire lâche qui sépare cet os du thorax, et que la fluctuation sera souvent difficile à percevoir, l'examen de l'os, et surtout de ses bords, prouvera facilement qu'il a conservé son intégrité.

Le diagnostic présente vraiment de très grandes difficultés avec certaines tumeurs de l'os lui-même. Nous ne parlerons pas des enchondromes : leur accroissement rapide, leur consistance, surtout la déformation considérable qu'elles impriment à l'omoplate et à la région, les font toujours reconnaître.

Les tumeurs qui présentent avec la périostose diffuse, au moins à

une certaine période de son évolution, une analogie et presque une similitude complète, sont les ostéosarcomes.

Leurs caractères cliniques diffèrent parfois, mais nous n'avons pas ici à les séparer ni à les distinguer. Comme les périostoses diffuses. ils se développent souvent avec lenteur, pour ainsi dire régulièrement, à la surface de l'os, ou du moins entre l'os et le périoste, amenant ainsi son épaississement plutôt que sa déformation; ils restent souvent indolents et la douleur, existât-elle, ne serait pas un caractère distinctif suffisant; ils ne sont accompagnés d'aucun engorgement ganglionnaire.

L'examen à l'œil nu de l'os atteint ne permettrait pas toujours de distinguer ces deux affections.

M. Demandre a signalé cette cause d'erreur et pense qu'elle a été souvent commise. Il le dit du moins d'une façon indirecte, en rangeant, parmi les tumeurs fibro-plastiques, les productions d'origine syphilitique[1]. « Si la tumeur (fibro-plastique) se développe lentement, le traitement par l'iodure de potassium est absolument indiqué, en vertu de l'influence possible de la diathèse syphilitique. M. Ordonez, dans une note envoyée à la Société de chirurgie sur une tumeur fibro-plastique, dit que cette affection est, sinon toujours, du moins très souvent de nature syphilitique. Cette opinion repose sur l'anatomie pathologique qui a montré, dans cette diathèse, une tendance marquée à la production des éléments embryo-plastiques. »

Il est impossible actuellement de soutenir une semblable assimilation, malgré la présence dans les tumeurs fibro-plastiques, comme dans les productions syphilitiques, des mêmes éléments embryo-plastiques; mais ces faits viennent à l'appui de ce que nous disions d'une confusion qui de prime abord paraît assez difficile.

Sur quoi donc se baser, pour distinguer cliniquement ces ostéosarcomes des périostoses syphilitiques? Les caractères objectifs seront souvent tout à fait insuffisants. On aura, dans certains cas, en faveur de la périostose syphilitique, l'existence d'accidents antérieurs, les douleurs ostéocopes nocturnes, et l'évolution toujours lente de la maladie.

Pour l'ostéo-sarcome, si on a pu suivre son développement, il y aura le siège plus limité au début, la marche, la croissance plus accidentée, avec des périodes où le mal paraît stationnaire, et d'autres où il augmente rapidement et déforme l'os d'une façon plus sensible. A un degré plus avancé, des points de la tumeur

1. *Des tumeurs de l'omoplate.* Th. de doct., Paris, 1873.

seront de consistance très différente; les uns durs et résistants, les autres ramollis et fluctuants. Enfin, un caractère précieux, presque pathognomonique, c'est le bruit de parchemin produit par la dépression d'une lamelle osseuse existant à la surface de la tumeur, quand celle-ci a envahi presque toute l'épaisseur de l'os.

L'épreuve thérapeutique bien conduite et bien surveillée sera toute indiquée et devra bientôt entraîner la conviction dans l'un ou l'autre sens.

Un abcès profond dans une des fosses sous-scapulaires, sus ou sous-épineuses, s'accompagnant de l'épaississement du périoste au niveau des bords, produirait sans doute le même épaississement et la même déformation de l'os, que dans le cas de périostose. On aurait pour se guider la différence de consistance et une fluctuation plus ou moins nette.

De plus, il s'agirait d'un abcès sous-périostique aigu ou franchement inflammatoire chez un enfant ou un adolescent, ou d'un abcès ossifluent tenant à une carie de l'omoplate, qui ne se rencontre guère que chez les scrofuleux.

Si toutes ces conditions réunies laissaient planer un doute, une ponction exploratrice servirait de criterium.

La connaissance des antécédents spécifiques chez le malade sera d'une haute importance, et pourra venir à l'appui d'un diagnostic déjà vraisemblable; plus précieuse encore sera la constatation de manifestations syphilitiques simultanées et contemporaines.

La scrofule n'exclut pas évidemment la syphilis, mais si l'on a véritablement affaire à un scrofuleux avéré, le diagnostic se portera entre lésions scrofuleuses ou lésions syphilitiques; car il est extrêmement rare, ainsi que l'enseigne M. Verneuil, de voir de véritables néoplasmes se développer chez de pareils sujets.

Réciproquement, une constitution robuste, excluant toute idée de scrofule, limitera le diagnostic à deux hypothèses : néoplasmes vrais ou productions syphilitiques.

Déjà simplifié, le diagnostic pourra encore être éclairé par la connaissance des antécédents héréditaires, au point de vue du néoplasme.

Pronostic. — Le pronostic des périostoses ou ostéo-périostoses est celui de toutes les lésions tertiaires extérieures de la syphilis. On peut dire que ce pronostic est tout entier dans le diagnostic, non pas que nous voulions prétendre que l'affection méconnue et abandonnée à elle-même doive toujours avoir une grande gravité,

mais parce qu'une erreur de diagnostic peut conduire à une intervention des plus regrettables.

C'est là l'écueil à éviter, surtout lorsqu'on est en présence d'une ostéo-périostite diffuse, donnant facilement l'idée d'un néoplasme justiciable d'une opération chirurgicale.

Si, au contraire, le chirurgien a su reconnaître la nature exacte du mal, il n'y a rien à redouter, car la guérison, plus ou moins longue à obtenir suivant les cas, sera certainement obtenue par une thérapeutique purement médicale habilement conduite.

Traitement. — Il est à peine besoin de le formuler, car évidemment l'iodure de potassium en sera la base. Peut-être sera-t-il parfois utile d'avoir recours aux frictions mercurielles. Quand le malade, en effet, n'aura jamais été soumis antérieurement à l'usage du mercure, ou quand l'iodure de potassium produira une résolution un peu lente, on donnera avantageusement le traitement mixte.

On ne devra pas craindre d'élever graduellement la dose d'iodure de potassium à 2, 3 et même 4 grammes par jour, dans les cas de lésions diffuses longues à disparaître.

[J'ai recueilli dans ces derniers temps un nouvel exemple de gomme de la région sous-épineuse d'origine traumatique. On voit donc que ces faits ne sont pas très rares.

Je rappellerai encore le cas rapporté par M. Ramonat, page 822, obs. XIX, tiré de la thèse de M. Ory, et les observations LXIV et LXV, p. 836, qui, postérieures à la thèse de M. Dauvé, n'avaient pu trouver place dans ce travail.

Obs. V. — *Tumeur gommeuse de la région sous-épineuse.*

B. Raymond, trente et un ans, garçon de restaurant, est né de parents sains, bien portants malgré leur grand âge; huit frères et sœurs; trois frères sont morts de blessures de guerre, les autres se portent bien.

Blennorrhagie à seize ans.

En novembre 1885, légère contusion du gros orteil, pour laquelle il entre dans un service de médecine où il est soigné comme rhumatisant; on se contente de faire des badigeonnages iodés sur le point malade.

L'état s'aggravant, R... passe dans mon service; je reconnais une

ostéo-arthrite de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, avec fongosités volumineuses, trajets fistuleux, suppuration abondante, etc. L'état général n'est pas très satisfaisant; le malade dit avoir maigri de près de vingt kilogrammes; la voix est presque éteinte par une laryngite contractée après des excès et qu'on a considérée comme de nature alcoolique; cependant il n'y a ni toux, ni hémoptysie, ni expectoration, ni diarrhée, et les poumons auscultés et percutés ne présentent pas de lésions tuberculeuses évidentes.

B... nie résolument tout antécédent syphilitique et rien ne permet de le contredire.

L'existence d'une lésion tuberculeuse type me paraissant évidente, j'employai comme traitement préopératoire l'iodoforme, en pansement pour désinfecter la plaie et à l'intérieur pour restaurer la santé; puis l'état local restant stationnaire, je pratiquai l'amputation du premier métartasien dans la continuité, tout proche du premier cunéiforme et en prenant le lambeau sur le bord interne du pied, seul point où existait encore de la peau saine.

Plaie soupoudrée avec l'iodoforme, le lambeau étant retenu seulement à son sommet par deux points de suture; pansement ouaté. La cicatrisation, marchant à souhait, était complète le vingtième jour et depuis ne s'est pas démentie.

L'état général s'améliora rapidement et B... sortit de l'hôpital, bien guéri en apparence.

J'étais resté longtemps sans le revoir, lorsqu'il rentra dans mon service le 7 décembre 1887.

Trois mois auparavant, il avait reçu, au niveau du centre de la fosse sous-épineuse gauche, un coup de couteau; la plaie s'était vite cicatrisée, mais la région était restée douloureuse et bientôt une tumeur s'y était formée.

Douleur et tumeur augmentant sans cesse, notre homme venait réclamer mes soins.

Nous constatons d'abord que l'opération a donné un excellent résultat : la cicatrice est à peine visible; les os sont tout à fait sains et la marche s'effectue sans difficulté, bien que le pied ait perdu de sa solidité; la santé générale est assez satisfaisante et l'embonpoint ordinaire.

On reconnaît la cicatrice du coup de couteau, puis, au-dessus et en dehors, une tumeur du volume d'une moitié d'orange, régulièrement hémisphérique, bien circonscrite, adhérente par sa partie profonde, de couleur violacée au centre, rénitente plutôt que fluctuante,

et présentant à son sommet une petite escharre noirâtre qui date, paraît-il, de deux ou trois jours.

La sensibilité au toucher est peu prononcée, mais les douleurs spontanées sont vives, surtout la nuit, et empêchent presque complètement le sommeil.

J'avoue avoir fait d'abord une erreur de diagnostic : me basant sur la nature de l'ostéo-arthrite antérieure, je crus avoir affaire à un simple abcès froid consécutif à une blessure. Je me proposais de le traiter par les injections iodoformées, lorsque, les jours suivants, l'escharre s'étant agrandie et commençant à se détacher, on découvrit un gros bourbillon jaunâtre absolument caractéristique de la gomme.

Je prescrivis aussitôt les pansements avec l'emplâtre de Vigo et à l'intérieur l'iodure de potassium qui, à la dose de 2 grammes, fit cesser les douleurs.

L'élimination du bourbillon découvrit une plaie en cratère, à bords dentelés, décollés, taillés à pic, à fond reposant sur le muscle sous-épineux, laquelle se rétrécit fort lentement et n'était pas encore fermée le 30, lorsque le malade sortit de mon service, malgré mon avis contraire.

Il est évident que l'affection de décembre 1887 était de nature tertiaire, mais il me paraît non moins certain que l'ostéo-arthrite que j'avais opérée en 1886 avait tous les caractères cliniques des arthropathies tuberculeuses.

Je crois donc que Raymond était en puissance de syphilis et de tuberculose. D'ailleurs les poumons, qui paraissaient tout à fait sains en 1886, semblent actuellement un peu atteints vers les sommets. Tout porte à croire que si le traitement pharmaceutique et hygiénique n'est pas suivi, la tuberculose reparaîtra *intus* et *extra*.

J'espère d'ailleurs pouvoir suivre ce malade et compléter son histoire. — A. V., janvier 1888.]

GOMMES ET SCLÉROSES SYPHILITIQUES DES LÈVRES.

LABIALITES TERTIAIRES[1].

Bien que ces affections soient rares, M. le Dr Tuffier en a recueilli quarante observations inédites; sept seulement ont été prises dans les auteurs. Grâce à ces faits suffisamment nombreux, il a rangé les labialites tertiaires sous trois formes : 1° les gommes superficielles et profondes; 2° les scléroses superficielles et profondes; 3° les scléro-gommes. Ne décrivant pas les gommes et scléroses superficielles, qui sont des syphilides ulcéreuses bien connues, il se contente d'étudier la gomme proprement dite, ou syphilome, *circonscrite* ou *diffuse* (*en nappe*) aboutissant à un processus final, la sclérose.

I. — La gomme des lèvres se manifeste de dix à quinze ans après le début de la syphilis, plus tôt dans le cas où le traitement a été insuffisant ou nul, sans qu'on puisse la dire symptomatique d'une syphilis forte ou d'une syphilis faible; la gomme circonscrite est beaucoup plus fréquente à la lèvre supérieure qu'à l'inférieure, ce qui est le contraire pour la gomme diffuse.

Quelquefois elle reconnaît comme cause déterminante l'irritation produite par la fumée de tabac, le tuyau d'une pipe, le contact fréquent des dents avec la lèvre.

II. — L'*anatomie pathologique* des syphilomes des lèvres est peu connue, à cause de la rareté des occasions que l'on a de les examiner; cette étude a montré cependant deux stades dans leur évolution, l'une de prolifération embryonnaire, l'autre

1. Par M. le Dr Tuffier, prosecteur à la Faculté, actuellement chirurgien des hôpitaux (*Revue de chirurgie*, octobre 1886, p. 777). C'est à l'occasion d'une observation recueillie dans mon service que M. Tuffier, alors mon interne, a rédigé ce mémoire, et c'est pourquoi j'en donne ici le résumé. — A. V.

de rétraction fibreuse, correspondant aux deux stades cliniques : hypertrophie de l'organe au début, atrophie et rétraction à la période ultime.

III. — Les *symptômes* de l'affection diffèrent suivant qu'il s'agit de la gomme proprement dite ou circonscrite, ou du syphilome en nappe.

A. — La *gomme circonscrite* a les mêmes caractères que partout ailleurs. C'est une tumeur du volume d'une noisette ou d'une amande, bien limitée, occupant la partie profonde de la lèvre supérieure, dure, arrondie, mobile sous la peau, enchâssée dans les muscles; puis elle se rapproche peu à peu de la face cutanée et surtout du point où la peau s'unit à la muqueuse. Le plus souvent on trouve dans l'épaisseur de la lèvre deux ou trois noyaux distincts les uns des autres. Les cas de gommes confluentes où l'organe est *rembourré de noisettes* sont exceptionnels, car M. Tuffier n'en a pas rencontré d'exemples.

La gomme circonscrite persiste à l'état de crudité pendant deux à trois mois, n'ayant d'autre inconvénient que de déformer la lèvre. Puis elle devient molle, pâteuse, fluctuante, envahit la peau, lui donne une coloration violacée, sans chaleur ni douleur, et finit par s'ouvrir. L'orifice, d'abord petit et irrégulier, s'agrandit et forme ulcération. Cette transformation d'un orifice en ulcère se fait plus ou moins vite : quelquefois l'affaissement de la coque gommeuse a lieu d'emblée; dans certains cas, c'est un véritable sphacèle de la peau, qui masque temporairement l'ulcère spécifique. Cette forme gangreneuse a été remarquable dans le fait rapporté plus loin, où l'eschare noirâtre exhalait une odeur infecte et contribuait ainsi à l'erreur de diagnostic.

L'ulcération est le plus souvent multiple, ou elle est accompagnée de noyaux en évolution dans l'épaisseur de la lèvre. Son siège d'élection est la ligne de jonction de la peau et de la muqueuse; elle est arrondie ou ovalaire, à grand axe transversal; elle dépasse rarement les dimensions d'une pièce de deux francs. Son aspect est celui des gommes en général : fond bourbillonneux, bords circulaires, taillés à pic, profonds. Les parties voisines de l'ulcération sont entourées d'une auréole violacée, dure, sans bourgeonnement ni tuméfaction. L'ulcération traitée se cicatrise peu à peu et de larges pertes de substance ne laissent que des cicatrices insignifiantes; une légère échancrure du bord libre, analogue à celle d'un bec-de-lièvre bien opéré, constitue toute la déformation consécutive à une perte de substance de plusieurs centimètres de diamètre. Un

autre stigmate laissé par la gomme cicatrisée, est l'amincissement de la lèvre. Toute la masse musculaire a disparu. Malgré cela, les troubles fonctionnels sont peu accentués, la parole et la mastication s'effectuent assez bien.

Après la guérison, les récidives sont fréquentes. La lecture des observations en fournit la preuve. Nombre d'années après la cicatrisation d'une de ces gommes, une nouvelle poussée se fait au même point. Dans un cas de M. Fournier, trois poussées successives se sont formées dans la région. Peut-être les organes atteints une fois constituent-ils un lieu de moindre résistance.

La *sclérose syphilitique tertiaire* est moins connue; le processus qui lui donne naissance est encore fort obscur; aux lèvres, la sclérose n'est jamais primitive, elle est toujours précédée d'une infiltration gommeuse, d'un syphilome en nappe, dont elle n'est que le processus ultime.

B. — Dans le *syphilome en nappe*, contrairement à ce qui a lieu pour la gomme, la tumeur se localise à la lèvre inférieure et débute au voisinage du bord libre de la muqueuse, généralement sur la ligne médiane, fait important pour le diagnostic. La lésion se présente alors sous forme d'une plaque indurée, irrégulière, siégeant sous la muqueuse à laquelle elle est adhérente. Rapidement cette induration envahit toute l'épaisseur et toute la longueur de la lèvre; elle est alors constituée par une hypertrophie de l'organe avec altération des téguments qui le recouvrent.

En somme : hypertrophie uniforme de la lèvre avec induration concomitante, ulcérations superficielles de la muqueuse, rougeur violacée de la peau, tels sont les caractères du syphilome en nappe. Toutes ces altérations se forment rapidement : en quelques semaines, la lèvre a doublé de volume; abandonnées à elles-mêmes, elles vont se modifier et passer à la deuxième période, dite d'atrophie.

Dans la sclérose, la première modification qui s'opère du côté de la lèvre, est le mamelonnement et la lobulation de ses parties superficielles. L'hypertrophie uniforme est remplacée peu à peu par une surface irrégulière, bosselée, couverte de gerçures, de sillons, de crevasses qui s'entrecroisent en tous sens. La lèvre ainsi atteinte diminue de volume, mais non dans tous les points à la fois.

On trouve alors deux régions bien différentes d'aspect; l'une, généralement éloignée du bord libre et dans laquelle il y a épaississement, gonflement uniforme et élastique de la lèvre; l'autre, plus rapprochée du bord muqueux, irrégulière, fendillée, ulcérée, dure

et inégale à la pression. Cette marche envahissante du syphilome et la sclérose qui lui succède ne s'effectuent qu'avec une extrême lenteur. Il faut des mois et des années pour qu'une lèvre soit sclérosée dans toute son étendue. Mais si un traitement spécifique ne vient pas arrêter la néoplasie vivace du syphilome, l'échéance est longue, mais fatale; la sclérose envahira toute la lèvre et la réduira à l'état de moignon informe. Cette période de la sclérose peut se caractériser ainsi : mamelonnement et lobulation de la lèvre, induration fibreuse, rétraction et atrophie de l'organe.

Outre ces deux formes, il en existe une troisième, qui est la combinaison des deux; il s'agit alors d'un processus scléro-gommeux, forme rare, car M. Tuffier n'en cite que trois exemples, dans lesquels les lésions suppuratives de la gomme sont réunies aux lésions scléreuses du syphilome en nappe.

Le syphilome des lèvres ne retentit pas plus sur les ganglions que la syphilis tertiaire des autres régions. Dans un seul cas. M. Tuffier a trouvé une labialite tertiaire avec adénopathie sous-maxillaire concomitante; peut-être alors la syphilis a frappé en même temps les lèvres et les ganglions, mais c'est un fait exceptionnel.

Le processus gommeux détermine peu de troubles fonctionnels, mais le syphilome en nappe provoque des accidents plus graves et une gêne plus accentuée. Dès la première période, quand la lèvre est volumineuse et déjetée en dehors, la parole est embarrassée, la mastication difficile et la salive s'écoule sur la lèvre inférieure. La bouche ne peut plus être fermée, les lèvres ne se rejoignant plus. A la période de sclérose, la lèvre, réduite à l'état de voile rigide et inextensible, ne remplit plus son rôle dans la phonation, la mastication, ni la déglutition.

Tous ces troubles s'accentuent encore quand la sclérose atrophiant toute la lèvre en a fait un moignon informe.

IV. — M. Tuffier fait ensuite le *diagnostic* différentiel entre les syphilomes labiaux et les affections qui peuvent les simuler : kystes sébacés, kystes muqueux, fibromes; chancre induré, syphilides érosives secondaires, léontiasis syphilitique; ulcérations dentaires; tuberculose très rare des lèvres, comme le lupus; enfin diverses formes de cancer des lèvres : cancroïdes, épithéliomas, ulcérés ou non.

Le *pronostic* est moins grave pour les gommes circonscrites que pour les diffuses et pour la forme scléreuse, qui laisse après elle une déformation permanente.

Le *traitement* général est celui de la syphilis tertiaire; l'iodure de potassium suffit pour combattre les lésions gommeuses, mais il faut souvent y joindre le mercure, qui en arrête mieux la marche.

Les soins de propreté, les lavages de la bouche, quelques cautérisations avec la teinture d'iode sont utiles. Il faut écarter toute cause irritante : condiments, tabac, alcool.

« Si les gommes ne résistent pas à une thérapeutique bien conduite, il en est autrement des scléroses. C'est en vain qu'un traitement général, que des topiques locaux de toutes sortes leur sont opposés, et si l'on veut juger des manifestations de la syphilis par l'efficacité du traitement, on peut dire qu'elles ne sont plus syphilitiques que de nom. S'opposer à l'envahissement des parties voisines est tout ce qu'on peut espérer. »

Voici maintenant l'observation recueillie dans mon service par M. Tuffier.

Gommes circonscrites ulcérées de la lèvre supérieure, en un point fréquemment irrité par les dents de la mâchoire inférieure.

Meul... (Flore), soixante-deux ans, ménagère, entre le 2 janvier 1882, salle Lisfranc, n° 30. Maigre, cachectique, elle vient se faire soigner pour une ulcération de la lèvre supérieure. Aucun antécédent néoplasique dans sa famille, elle-même n'a jamais eu ni scrofule ni rhumatisme. Il y a trente ans, écorchures sur les grandes lèvres, que quelques cautérisations firent disparaître. Pas d'accidents secondaires.

Il y a quatre ans, la jambe droite devint le siège d'une tumeur du volume d'une noix, qui suppura pendant deux mois et guérit spontanément. Six mois après, nouvelle tuméfaction avec même évolution. Il y a quatre mois, ulcération de la face interne de la lèvre supérieure, au point où les dents inférieures, démesurément longues, viennent toucher cette lèvre qui n'est plus soutenue par les dents supérieures. Cette ulcération indolente s'agrandit peu à peu.

Nous trouvons sur la lèvre supérieure une ulcération étendue de la commissure à la ligne médiane, et de la jonction du rebord muqueux et de la peau au fond du sillon labio-gingival.

L'aspect varie suivant les points; du côté de la face buccale, on trouve une ulcération à bords déchiquetés, dont le fond présente de petites cavités irrégulières et taillées à pic. En s'approchant de la commissure, ce fond est rempli de détritus mous et grisâtres très épais.

Tout le bord libre de la lèvre est recouvert d'une croûte noire, desséchée. Les bords de l'ulcération ne sont ni déjetés en dehors ni bourgeonnants. Il ne sont point indurés du côté de la muqueuse, mais, du côté de la peau, arrondis et entourés d'une zone rosée, dure, couverte de squames, remontant jusqu'à la base de l'aile du nez et dépassant en dehors la commissure.

Les parties voisines sont saines. La mâchoire supérieure n'a pas de dents, la gencive et la voûte palatine sont normales. Les régions sus-hyoïdiennes et parotidiennes ne présentent pas de ganglions hypertrophiés.

Les troubles fonctionnels sont peu accentués; pas de douleurs spontanées; difficulté de la parole et de la mastication, parce que les dents inférieures viennent toucher l'ulcération.

Sur la jambe, deux cicatrices lisses, brunâtres sur les bords, arrondies, de la largeur d'un franc, occupant la partie interne et moyenne de la jambe. En arrière et au même niveau, une nodosité du volume d'une noisette, dure, indolente, arrondie, siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané et adhérente à la peau. Rien au tibia.

L'appétit est peu marqué, les digestions sont bonnes, les selles régulières, la toux assez fréquente, pas de dyspnée, expectoration muco-purulente non fétide.

A la percussion, sonorité normale. A l'auscultation, râles sibilants et ronflants occupant la base et la partie moyenne des deux poumons.

Rien au cœur. Pas d'athérome. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

M. Verneuil hésitant entre un épithélioma et un syphilome tertiaire de la lèvre, prescrit : Deux cuillerées de sirop de Gibert par jour. Viande crue. Extrait de quinquina. Kermès.

20 janvier. Les croûtes noires sont complètement tombées, la plaie a beaucoup diminué sur la face cutanée de la lèvre. L'induration périphérique persiste.

25 janvier. — La cicatrisation extérieure est complète. La face muqueuse est presque cicatrisée.

3 février. — Cicatrice laissant deux petites dépressions. Légère induration à leur niveau.

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Dans la séance du 11 mai 1881 [1] mon excellent collègue et ami le professeur Lannelongue fit à la Société de chirurgie une intéressante communication *sur quelques cas de syphilis tertiaire congénitale.* Avant d'exposer les faits, au nombre de six, qu'il avait recueillis, il résuma l'état de la question sur la syphilis infantile, insistant surtout sur les lésions du squelette.

En posant les conclusions de son travail, il prononça la phrase suivante. « Je ne saurais affirmer que toutes ces observations soient absolument du domaine de la syphilis héréditaire, car on pourrait à la rigueur concevoir et soutenir qu'il y a eu avant l'apparition des lésions osseuses un accident primitif qui aurait échappé... Il est d'ailleurs bien difficile d'arriver à une enquête satisfaisante; le mauvais vouloir des parents, leur incurie, leur ignorance, sont des obstacles contre lesquels on se heurte vainement... »

Je pris la parole à cette occasion [2] pour dire que les enfants observés par notre collègue présentaient sans nul doute des lésions syphilitiques, et que l'hésitation inspirée en pareil cas par l'âge des sujets ne pouvait tenir devant les caractères si nets du mal; mais j'ajoutai que si la syphilis était indéniable, il restait un point difficile à trancher, à savoir si les accidents étaient l'expression d'une syphilis congénitale et héréditaire ou d'une syphilis acquise pendant les premières semaines ou les premiers mois de la vie, sans même que les parents fussent nécessairement atteints de la maladie. A ce propos, je citai trois cas, où les enfants avaient été certainement contaminés après leur naissance par leurs parents ou par des étrangers.

1. *Bull. de la Société de chirurgie*. IV° série, t. VII, p. 370.
2. *Bull.*, pag. 392.

Obs. I[1]. — Je vis entrer un jour dans mon cabinet un garçon jardinier de dix-sept ans que j'avais vu naître à la campagne, mais que j'avais perdu de vue depuis plusieurs années. Il venait me consulter pour des ulcérations multiples du membre inférieur droit, avec indurations sous-cutanées et cicatrices plus ou moins anciennes.

Il n'y avait pas de doute possible sur la nature des accidents : il s'agissait de gommes sous-cutanées à tous les degrés d'évolution, y compris l'ulcération; j'annonçai au garçon qu'il avait des accidents véroliques et lui demandai quand il avait contracté la maladie : il manifesta la plus grande suprise, m'affirma qu'il n'avait jamais eu la moindre lésion génitale; il m'apprit d'ailleurs que les premières atteintes de son mal remontaient à l'âge de douze ans, alors qu'il habitait encore la campagne et qu'il n'avait eu aucun rapport sexuel. Depuis cette époque, les éruptions gommeuses s'étaient reproduites à divers intervalles, et sous l'influence de topiques divers les ulcérations finissaient par se cicatriser; aucun traitement spécifique n'avait été prescrit, car la nature des lésions n'avait jamais été reconnue. La dernière éruption, beaucoup plus violente que les autres, avait forcé le jeune homme à interrompre son travail.

Assez embarrassé pour expliquer ce fait, je songeai à une syphilis héréditaire, mais l'admission en était difficile, car j'avais connu le père et la mère, jardiniers chez un de mes parents et d'une moralité parfaite. J'avais moi-même présidé à l'accouchement et pouvais affirmer qu'à cette époque la mère était parfaitement saine. Pour éclairer le point scientifique de cette histoire, je mandai la mère, qui me renseigna très exactement. Pendant qu'elle allaittait son fils, elle prit un nourrisson chétif de Paris qui présentait une éruption sur le corps et succomba au bout de trois mois avec des accidents spécifiques évidents. Avant de mourir, ce nourrisson avait infecté par la mamelle sa nourrice, laquelle avait à son tour contagionné son fils et une fille alors âgée de deux ans. On ne m'avait point informé de ces détails et, en raison du peu de gravité et de la guérison spontanée des premiers accidents chez la mère et ses deux enfants, aucun médecin n'avait été consulté.

La syphilis acquise était donc ici de la dernière évidence; rien ne distinguait les lésions de celles qu'on observe chez l'adulte contaminé par le coït. Inutile d'ajouter que le diagnostic fut pleinement et rapidement confirmé par le succès du traitement spécifique.

1. Je complète avec mes notes la relation trop sommaire dans le procès-verbal de la séance. Même remarque pour l'observation III.

Obs. II. — Vers l'année 1869, alors que j'étais chirurgien de Lariboisière, une dame fort respectable m'amena sa nièce, âgée d'une douzaine d'années, qui portait à l'une de ses jambes une périostose du tibia et des gommes multiples, mais présentait du reste toutes les apparences de la santé. Un médecin ayant reconnu la nature d'ailleurs très évidente des lésions, la dame demanda à me parler en particulier pour m'apprendre que la mère de cette jeune fille, peu de temps après l'avoir mise au monde, avait été infectée par un homme atteint de syphilis, et qu'elle avait alors communiqué la maladie à l'enfant nouveau-né ainsi qu'à un petit garçon né antérieurement. Ici encore, sans les renseignements précis, j'aurais pu croire à une syphilis héréditaire et congénitale.

Obs. III. — En 1878, une Italienne jeune, vigoureuse, de santé florissante, vint me montrer à la Pitié un enfant de deux ans, d'assez belle apparence et muni d'un certain embonpoint, qui présentait néanmoins des manifestations tertiaires multiples. Au coude existait une tumeur gommeuse ; à la jambe, une ulcération bien caractérisée et à la cuisse enfin, une fistule répondant à la cavité d'un abcès consécutif à une périostite du fémur. Le mal durait depuis un an environ ; il avait commencé par une tuméfaction et une tumeur fluctuante volumineuse apparue sur la partie moyenne et externe de la cuisse ; son ouverture spontanée avait donné issue à un liquide roussâtre mélangé d'une petite quantité de pus. Je note en passant que le ramollissement de la tumeur et l'ouverture de la peau étaient survenus immédiatement après une rougeole ; un peu plus tard, avait surgi vers le tiers moyen de la jambe et sur la face interne du tibia une périostite, qui s'était ouverte et avait laissé à la suite une plaie assez large, présentant les caractères types de l'ulcération tertiaire.

L'âge de l'enfant permettait de croire à une syphilis congénitale, mais le père, la mère et les frères et sœurs, examinés rigoureusement, n'offraient aucune trace de mal vénérien. La mère nous raconta d'ailleurs que, n'ayant pu nourrir elle-même son fils, elle l'avait confié à une femme, laquelle avait perdu déjà sept enfants de prétendues gourmes et s'était décidée à rendre son nourrisson au bout d'un an, en fort mauvais état. Peu de temps après le premier accident tertiaire s'était montré, sous forme de gonflement du genou.

Dans ces trois cas, il n'y avait ni hérédité ni congénitalité, mais bien évidemment syphilis acquise, ce qu'il eût été impossible de reconnaître d'après les caractères objectifs, si les parents n'avaient pas fourni de renseignements précis. Je crois qu'il importerait d'indiquer les

moyens d'arriver au diagnostic des deux origines héréditaire ou acquise de la maladie.

M. Lannelongue, dans sa réplique, reconnut l'intérêt de ma question et la légitimité de mes doutes, mais il lui parut bien difficile de faire la distinction que je réclamais. Il admit d'ailleurs que les faits très nets que j'avais cités devaient désormais trouver place dans le cadre de la syphilis tertiaire infantile.

L'année suivante, en 1882, au cours d'une discussion sur la *syphilis* héréditaire [1] je citai un nouveau cas de syphilis tertiaire chez un adolescent, montrant la difficulté de reconnaître l'époque de l'infection.

Obs. IV. — Il s'agissait d'un garçon de dix-sept ans, n'offrant aucun signe de scrofule et paraissant même jouir d'une assez bonne santé; il présentait au niveau de la tubérosité antérieure du tibia une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, remontant à une époque assez éloignée, qui était ulcérée depuis quatre mois et n'avait été en rien modifiée par les topiques variés mis en usage.

Je diagnostiquai d'abord une tumeur fibro-plastique ulcérée, pour laquelle une opération paraissait indispensable; puis, prenant en considération l'âge du sujet, l'indolence de la tumeur et son siège occupé parfois par le syphilome séreux sous-cutané, j'employai le traitement spécifique, qui, à ma grande satisfaction, amena la guérison complète en deux mois.

Je fis alors venir le père, qui m'avoua avoir eu la syphilis avant son mariage. Ses autres enfants étaient sains, mais celui qui était soumis à mes soins avait été en nourrice, où il avait failli mourir.

Je me suis demandé à ce propos si la syphilis en ce cas venait du père, par hérédité ou avait été contractée dans le bas âge. Mais je n'ai pu répondre.

Depuis, j'ai encore rencontré deux cas également obscurs, relatifs à deux jeunes femmes non scrofuleuses chez lesquelles les premières manifestations reconnues de la syphilis offraient les caractères bien tranchés des accidents tertiaires. Ces accidents parurent à l'âge de dix ans, sans qu'on ait pu se procurer de renseignements exacts ni sur l'époque ni sur l'origine de l'infection, les parents étant morts ou inconnus et les malades n'ayant aucun souvenir des accidents pathologiques de leur première enfance [2].

1. Rapport de M. Le Dentu sur un travail de M. Ortega, de Buenos-Ayres. *Bullet. et Mémoires de la Soc. de chirurgie*, IVe série, t. VIII, p. 579.

2. Voir les observations de Lucie Ch..., p. 627, et de Thérèse A..., p. 630.

Je reconnais du reste qu'au point de vue pratique la nature congénitale ou acquise du mal n'a qu'une importance secondaire.

Je rapprocherai de ces observations, dans lesquelles est en jeu la question de la syphilis congénitale ou infantile, à manifestations tertiaires, d'origine obscure, une autre observation recueillie à une époque où mon très regretté collègue le professeur Parrot soutenait avec ardeur que le rachitisme était toujours de nature syphilitique. D'après cette opinion, étant donné que la syphilis ne se contracte pas deux fois, et qu'un sujet infecté congénitalement ne saurait l'être de nouveau accidentellement, l'existence du rachitisme dans la première enfance mettrait sûrement à l'abri d'une contamination vérolique ultérieure.

Or, ce dernier point théorique est insoutenable, si, comme dans l'observation suivante, on montre un rachitique contractant la syphilis à l'âge adulte. Je crois que des cas semblables ont été publiés déjà, mais n'ayant pas le loisir de traiter complètement la question, je me contente de lui apporter mon contingent.

Obs. V. — *Syphilis tertiaire chez une femme rachitique. Infection à l'âge adulte.*

Clémence D... quarante et un ans, couturière, entre à l'hôpital le 27 octobre 1881. Petite, chétive, elle porte sur les membres inférieurs et le thorax les déformations caractéristiques du rachitisme, mais ne peut dire à quelle époque elle en a été atteinte; elle affirme même n'avoir eu dans sa jeunesse ni gourme ni maladie sérieuse. Menstruée à seize ans et demi, elle l'a toujours été fort régulièrement depuis, mais n'a jamais eu d'enfant.

En 1873, perte abondante qu'il est difficile de rapporter à une fausse couche, car il n'y avait pas eu de retard dans les règles et aucun caillot ne fut rendu. Un médecin pratiqua une cautérisation, mais on ne sait si elle porta sur le col utérin ou sur les parties génitales externes. L'accident n'eut pas de suites. Quelque temps après, fracture de la jambe, qui se consolida normalement, mais fut suivie sur le membre fracturé d'une série de petits abcès qui ont laissé des cicatrices brunâtres déprimées, non adhérentes cependant à l'os sous-jacent.

En 1877, vives douleurs de tête survenant à trois heures de l'après-midi, disparaissant à six heures, ne se montrant jamais la nuit, et cédant à l'usage de l'iodure de potassium. La malade, qui perdit alors ses cheveux, affirme n'avoir jamais eu à cette époque, ni avant, ni après, aucune trace d'éruption cutanée, ni de mal de gorge, ni

d'ulcérations buccales ou vulvaires. Son mari était sain et jouissait d'une excellente santé.

Dans l'été de 1880, petit bouton à l'aile gauche du nez, bientôt suivi d'une ulcération à marche rapide qui détruit le tiers postérieur de cette aile. Une cicatrice incomplète, laissant largement ouvert l'orifice de la narine correspondante, s'est faite lentement; elle présente les caractères des cicatrices tertiaires. On a administré cette fois encore l'iodure de potassium.

Vers le mois de juin 1881, difficultés de la déglutition et vives douleurs dans l'arrière-gorge; engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires.

Lorsque Cl... entre à l'hôpital, on constate dans la région sous-maxillaire gauche une gomme du volume d'un œuf de pigeon, recouverte d'une peau tendue, rouge, prête à s'ulcérer, sans que la fluctuation cependant soit encore très avancée; au-dessous, autre gomme plus petite et plus dure; entre les deux gommes, deux ou trois ganglions volumineux.

Dans la région sous-maxillaire droite, plusieurs cicatrices brunes et deux ulcérations très superficielles, vestiges de gommes ayant paru six mois auparavant et s'étant ramollies, puis ouvertes; de ce côté également, pléiade de petits ganglions durs; un d'eux, du volume d'une noisette, se montre dans le triangle sus-claviculaire.

La déglutition est très gênée; seuls, les liquides passent encore assez facilement. Le fond de la gorge est d'un rouge livide au niveau du pilier antérieur droit et de la luette; à la paroi postérieure du pharynx, immédiatement au-dessous du bord libre du voile, ulcération large comme une pièce d'un franc, à fond sanieux, blanchâtre, irrégulier, que les amygdales encadrent tout en restant elles-mêmes à l'état normal. La santé générale est assez bonne et les organes internes paraissent sains. Il n'y a point de gonflement des tibias, mais seulement à la face externe de la jambe gauche, huit ou dix ulcérations anciennes ayant le même aspect que celles du cou.

Le diagnostic de la syphilis tertiaire n'est point douteux; je prescris le traitement tonique et le sirop de Gibert. Les effets sont très favorables, car au bout d'un mois les ulcérations étaient cicatrisées et les ganglions en résolution très avancée.

Exeat le 1er décembre. Cl... promet de continuer la médication.

DE LA DIFFICULTÉ DE RECONNAITRE ET DE SOUPÇONNER MÊME

CERTAINES LÉSIONS SYPHILITIQUES VISCÉRALES

J'ai rencontré déjà, à l'autopsie de deux de mes opérés syphilitiques, des lésions viscérales que je ne soupçonnais pas et qui, par des procédés différents, ont largement contribué sans doute à l'issue funeste de mes entreprises.

Le premier de ces cas a été rapporté dans le tome II des *Mémoires de chirurgie*, p. 472.

Le second a été mentionné dans la *Gazette des hôpitaux* du 9 février 1886, sous la rubrique de : *Un cas de mort par le chloroforme* (p. 131) parce qu'en effet c'est sur cet accident qu'a porté la clinique que je fis à cette époque. Voici quelques notes sur ce cas.

Un homme de haute taille, de forte constitution et qui paraissait jouir d'une excellente santé, entra à l'hôpital pour une ulcération située à la partie moyenne de la jambe, au niveau de la face interne du tibia. La plaie, à grand diamètre vertical, mesurait environ 7 centimètres de longueur sur 3 ou 4 de large, elle était fongueuse et saignait assez facilement; d'ailleurs indolente et gênant seulement dans le travail.

Le malade reconnaissait avoir eu la syphilis, dont il portait d'ailleurs les stigmates en différents points du corps. Je diagnostiquai une gomme suppurée du tibia et j'instituai le traitement par les applications locales d'emplâtre de Vigo, et à l'intérieur par l'iodure de potassium à doses assez fortes. Aucun changement ne s'étant produit, je pensai avoir affaire à une ostéite centrale avec séquestre probable, et résolus en conséquence de mettre à nu d'abord, puis au besoin de trépaner le tibia.

A ce moment le patient était dans le meilleur état possible; il mangeait, buvait, dormait, se levait tout le jour et aidait même les gens de service. Le jour de l'opération, il vint à l'amphithéâtre à

pied, tout joyeux à l'idée d'être délivré de son mal. Je commis, je l'avoue, la faute de ne pas l'ausculter, mais il ne toussait pas et rien n'indiquait une lésion quelconque de l'appareil respiratoire.

Tout étant disposé et notre homme étant couché sur le lit, le chloroforme fut administré par un de mes internes avec toutes les précautions usitées et sous ma surveillance. L'anesthésie ne fut pas particulièrement difficile à obtenir. Dès que la résolution fut complète, je commençai à gratter la surface de l'ulcère; je m'aperçus alors que le tissu compact de la face interne du tibia était perforé en un point et que le stylet entrait dans la cavité médullaire. Je me mis en devoir, avec la petite gouge à main, de me creuser une voie jusque dans la cavité de l'os, lorsque le malade fut pris comme d'asphyxie; la face devint bleuâtre et la respiration se suspendit. J'arrêtai aussitôt l'opération et cherchai à ramener la respiration; mais quelques secondes plus tard le pouls disparut à son tour.

Pendant plus d'une demi-heure nous mîmes en pratique tout ce qui est recommandé en pareil cas, mais ce fut en vain.

Forcé de m'absenter, je confiai le soin de faire l'autopsie à mon chef de laboratoire, M. le D[r] Nepveu, qui constata des lésions multiples et tout à fait inattendues, à savoir : des gommes dans les reins, le plexus choroïde et les deux poumons; le gauche surtout était le siège d'une sorte de pneumonie chronique, avec des points d'infiltration grisâtres comme on en rencontre parfois dans la syphilis et de nombreuses adhérences pleurales. Bref on peut dire que ce poumon gauche n'existait plus au point de vue fonctionnel.

Je n'ai pas hésité à attribuer l'asphyxie et la syncope consécutive à ces graves désordres, tout en restant surpris au dernier point du peu de trouble qu'ils avaient apporté à la santé générale.

INFLUENCE DE L'HÉPATISME SUR LA SYPHILIS

On sait que les affections des grands viscères impriment à l'organisme, au bout d'un temps plus ou moins long, des modifications analogues à celles des diathèses et des intoxications, et capables d'exercer une influence nocive sur d'autres affections, traumatiques ou spontanées, locales ou générales. C'est comme exemple rare et curieux de cette influence que nous rapportons l'observation suivante, dans laquelle une affection du foie a déterminé l'aggravation subite d'une manifestation tertiaire à marche lente[1].

Syphilome chronique de la région métatarso-phalangienne; ictère, ulcération avec sphacèle de la tumeur. — Erysipèle intercurrent de la face. — Vésicatoire sur l'hypochondre droit. — Guérison[1].

Valérie J..., quarante-deux ans, journalière, est entrée dans notre service à l'hôpital de la Pitié le 25 juin 1887. Brune, maigre, fort affaiblie, elle présente une coloration jaune très marquée de la face et des conjonctives, dernières traces d'un ictère intense dont elle a été atteinte deux mois auparavant; elle vient surtout réclamer nos soins pour une ulcération siégeant à la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche.

Elle donne sur sa santé antérieure les renseignements suivants : père mort du choléra; mère morte d'une tumeur du ventre; sept frères ou sœurs dont six vivants; elle a joui pendant son enfance d'une très bonne santé; réglée à dix ans, mariée à vingt-cinq, a eu quatre enfants : le premier au bout d'un an; le second venu mort à huit mois, trois ans plus tard; le troisième en 1880, suivi d'accidents de pelvi-péritonite qui durèrent plusieurs mois; dernière grossesse en 1882.

1. Cette observation a été publiée dans le *Bulletin médical* du 11 septembre 1887, p. 883.

Quelques mois après son mariage, V... fut infectée par son mari; éruption cutanée, alopécie, céphalée nocturne : mal de gorge, douleurs ostéocopes dans les membres inférieurs. Dix-huit mois plus tard, tumeur gommeuse au niveau de la tête du péroné. Large ulcération dont on retrouve aisément la cicatrice caractéristique. En 1881, ulcération tertiaire du dos du nez avec cicatrice également visible.

Au commencement de l'année 1886, apparition, au niveau de la face interne de la première articulation métatarso-phalangienne, d'une tuméfaction indolente qui s'accrut très lentement au point d'avoir à peine acquis, au commencement de 1887, c'est-à-dire après plus d'un an de durée, le volume d'un œuf de pigeon. A ce moment, elle causait seulement un peu de gêne dans la marche et forçait la malade à s'appuyer surtout sur le bord externe du pied.

Aucun traitement particulier ne fut institué et l'évolution eût continué sans doute à se faire lentement, lorsque survint l'ictère dont j'ai parlé plus haut et qui provoqua un état général mauvais et assez prolongé. Malgré le repos nécessité par l'affection hépatique, la tumeur du pied s'accrut, la peau devint violacée, s'amincit et finit par se sphacéler largement. Il y eut en même temps des douleurs modérées et une recrudescence de la fièvre.

Lors de l'entrée à l'hôpital, l'eschare en partie détachée offrait près de 5 centimètres d'arrière en avant, sur 3 à 4 de haut en bas. La tumeur s'était affaissée et était remplacée par une large ulcération à bords décollés, taillés à pic et inégaux, à fond grisâtre, encore recouvert par des débris mortifiés.

L'aspect était si caractéristique, que nous interrogeâmes aussitôt la patiente sur l'existence de la syphilis et obtînmes sans difficulté les renseignements consignés plus haut; depuis l'ouverture, la douleur spontanée avait diminué sans disparaître toutefois, surtout la nuit. La marche était tout à fait impossible, bien que l'articulation métatarso-phalangienne évidemment mise à nu ne semblât pas ouverte.

Le pied ni la jambe n'étaient gonflés, les ganglions inguinaux étaient seulement engorgés. Nous examinâmes avec soin les viscères : rien au cœur ni aux poumons. Les urines ne renferment plus de pigment biliaire, elles sont cependant encore rares et assez fortement colorées, mais sans dépôt quelconque. L'appétit est faible, la digestion laborieuse, la défécation naturelle, les selles ont repris la coloration normale ; le ventre est plat, indolent partout, excepté dans la région du foie, où nous trouvons des lésions notables et remontant sans doute à une époque éloignée.

V... raconte, en effet, qu'à plusieurs reprises, pendant les années précédentes, elle a eu au niveau du flanc droit des crises de douleurs durant un ou deux jours, offrant tous les caractères des coliques hépatiques, mais n'ayant toutefois jamais provoqué d'ictère. La dernière crise, venue subitement, avait été beaucoup plus vive et plus longue que les autres.

Or, actuellement encore, deux mois après l'attaque, le foie débordait les fausses côtes de deux travers de doigt et donnait à la pression une sensation assez pénible. On ne distinguait pas la vésicule biliaire. La rate n'était point hypertrophiée. La cavité péritonéale ne renfermait point de liquide.

Malgré l'état médiocre du tube digestif et l'affaiblissement général, j'instituai aussitôt le traitement mixte avec une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes le matin, et un gramme d'iodure de potassium le soir. L'ulcération du pied, bien que l'eschare et le bourbillon adhérassent encore, fut, après lavage phéniqué prolongé, recouverte d'emplâtre de Vigo et d'un léger pansement ouaté. Au bout d'une semaine, l'amélioration locale était considérable : l'eschare, presque entièrement détachée, laissait voir une couche de bourgeons d'assez bon aspect; enfin les douleurs avaient presque complètement disparu. L'état général s'améliorait également.

Tout marchait donc bien, lorsque, le 5 juillet, sans cause connue et sans refroidissement — la malade ne quittait pas son lit — survint un malaise suivi de frisson et d'une forte élévation de température.

Le 6 au matin, on notait 40°; en même temps le lobule du nez était rouge, ainsi que le pourtour des narines, il y avait un érysipèle évident. La malade nous apprit alors que, l'année précédente, à la même époque, elle avait été prise également d'un érysipèle de la face qui l'avait rendue fort souffrante. Il y avait donc récidive, mais facile à expliquer, car, dans les semaines précédentes, nous avions eu à la salle Lisfranc trois érysipèles, dont deux consécutifs à des ablations de la mamelle et un troisième né autour d'une ulcération cancéreuse du sein; un de ces érysipèles avait atteint une malade couchée précisément dans le lit situé en face de celui de V...

Le traitement spécifique fut momentanément suspendu et je prescrivis un éméto-cathartique en raison d'un état sabural très prononcé et d'une constipation datant de trois ou quatre jours. Diète, boissons acidulées, un peu de lait pour toute alimentation.

Le 7, l'érysipèle s'étend aux deux joues et à la racine du nez, jusqu'au front; les ganglions sous-maxillaires sont gonflés et dou-

loureux; la fièvre a un peu diminué; 38°,6 le matin, 39°,2 le soir, mais le malaise est toujours très marqué.

Le 8, envahissement du front et des paupières, température du matin 39°,2 et du soir 40°. Douleurs cuisantes très vives; céphalalgie intense, un peu de subdelirium dans la soirée; dyspnée qu'explique une congestion pulmonaire constatée par l'auscultation. La langue est couverte d'un enduit épais. L'haleine est fétide. Soif vive. Anorexie absolue, pas de garde-robes depuis le 6.

Le 9, la température monte encore; elle est à 40°,2 le matin, mais reste au même niveau le soir; le cuir chevelu et les deux oreilles sont pris. — La nuit a été mauvaise.

J'étais fort inquiet sur l'issue finale, parce que les pulvérisations phéniquées, ordinairement si efficaces, avaient échoué, que les purgatifs et le sulfate de quinine n'avaient pas atténué la fièvre, que rien n'annonçait l'arrêt du mal et qu'enfin nous avions comme état pathologique antérieur une affection hépatique, circonstance que j'ai vu maintes fois aggraver jusqu'à la mort l'érysipèle traumatique. J'eus alors l'idée d'agir sur la lésion du foie par la révulsion, et avec d'autant plus de raison que cet organe, examiné à nouveau, fut trouvé plus volumineux et plus douloureux au toucher que les jours précédents. En conséquence, je fis appliquer sur l'hypochondre droit un large vésicatoire.

Le soir, la température restait comme le matin à 40°,2, mais le lendemain matin, 10 juillet, elle descendait à 37°, et le soir, ne dépassait pas 39°,2. Du même coup, les progrès de l'érysipèle étaient arrêtés.

Le 11 juillet, la température se maintient à 38°,6 tout le jour, mais la desquamation commence sur le nez et les joues; l'état général est satisfaisant, le foie n'est plus douloureux.

Le 12 et les jours suivants, la fièvre disparaît, l'appétit revient et on peut considérer la complication comme terminée.

Pendant l'érysipèle, on continua à panser avec l'emplâtre de Vigo l'ulcération du pied, qui ne parut pas modifiée par la maladie intercurrente. Bientôt on reprit le traitement spécifique et la plaie continua sa marche vers la guérison, qui était presque complète à la fin du mois de juillet.

Je commenterai brièvement quelques points de cette observation. En ce qui touche d'abord la lésion du pied, je pense qu'il ne s'agissait ni d'une gomme sous-cutanée ordinaire, ni d'une périostose tertiaire du premier métatarsien, mais bien d'un syphilome de la

bourse muqueuse située à la face interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. J'ai remarqué en effet que ces syphilomes des séreuses avaient une marche beaucoup plus lente que les gommes ordinaires, et pouvaient durer longtemps sans se ramollir ni s'ulcérer[1]. La tumeur existait depuis près de seize mois lorsque presque subitement elle s'accrut, se ramollit et s'ouvrit par sphacèle sous l'influence d'une violente colique hépatique, avec ictère.

Je ne saurais dire comment l'affection du foie et l'altération du sang ont agi sur la néoplasie spécifique, mais leur action ne me paraît guère contestable. Ce fait d'ailleurs se range à côté de tous ceux (et ils sont nombreux) qui prouvent que la syphilis est aggravée par les lésions des grands viscères, de quelque nature qu'elles soient. Je me suis demandé également si, dans le cas présent, l'hypertrophie du foie était de nature spécifique; si, en d'autres termes, il y avait syphilome hépatique; mais la lithiase biliaire m'a paru suffisante pour expliquer le gonflement et la sensibilité de la glande et cette lithiase n'a pas besoin de la syphilis pour se produire.

En résumé, je ne vois dans mon observation qu'une coïncidence entre la syphilis et l'hépatisme, avec réaction du second sur la première.

L'érysipèle m'arrêtera aussi quelques instants. V... y était certainement prédisposée, puisqu'elle en avait été atteinte l'année précédente, mais il faut convenir que son entrée dans ma salle, où plusieurs cas s'étaient montrés récemment, était bien favorable à une nouvelle contagion sinon à un simple rappel. La plaie du pied, d'ailleurs, n'y était pour rien. Quoi qu'il en soit, cet érysipèle, développé sur une malade affaiblie, dyspeptique, doublement affectée de syphilis tertiaire et de lithiase biliaire, comportait de par l'existence même de ces propathies, un pronostic grave : je ne fus donc point surpris de la marche alarmante que prit le mal dès les premiers jours; mais, pour tirer de ces craintes une indication pratique, il fallait chercher la cause de cette marche pour la combattre si la chose était possible.

Je ne songeai pas à incriminer la syphilis, alors que l'affection hépatique me fournissait une explication meilleure, et, pensant que la dyscrasie biliaire aggravait l'érysipèle, je résolus, conformément à mes opinions sur la révulsion, d'appliquer ce précieux moyen au niveau de l'organe capable et coupable de rendre menaçant un érysipèle de la face, affection ordinairement bénigne.

1. Voir plus haut, le chapitre consacré à ces affections, p. 402 et suivantes.

De là l'application du large vésicatoire sur l'hypochondre droit.

Certes, je sais avec quelle réserve il faut appliquer en thérapeutique le *post hoc, ergo propter hoc;* toutefois, je ne puis pas méconnaître que la révulsion susdite arrêta du coup l'ascension thermométrique, amena dès le lendemain une chute d'un degré et l'arrêt brusque de l'exanthème, et que tout péril était conjuré trois jours après l'application de l'idée théorique.

Je laisse aux sceptiques le droit de critiquer l'induction et d'invoquer la pure coïncidence ; mais je n'oublierai pas ce cas quand j'aurai affaire aux érysipèles graves ou à l'érysipèle ambulant, quand la glande hépatique me paraîtra antérieurement atteinte à un certain degré.

ONYXIS SYPHILITIQUE

J'en ai observé une douzaine de cas, dont dix au pied et deux seulement à la main, presque tous à l'hôpital, chez des sujets de différents âges; plus souvent chez la femme que chez l'homme, ce qui est contraire à l'opinion généralement acceptée.

C'est un accident secondaire tardif ou même tertiaire; en tout cas je l'ai vu chez des syphilitiques, qui avaient encore ou avaient eu déjà des gommes; chez d'autres, l'affection unguéale constituait au moment de mon observation la seule manifestation de la maladie.

Je n'insisterai pas sur l'étiologie, — les contusions cependant ont paru plusieurs fois provoquer l'apparition du mal — ni sur les caractères anatomiques; je dirai néanmoins que dans plusieurs cas graves et anciens j'ai remarqué (et noté explicitement dans l'observation qui suit) une tuméfaction très appréciable de tout l'orteil et aussi de la phalangette, comme s'il y avait périostite correspondante, ce que confirmait au reste la douleur provoquée par la pression exercée directement sur l'os. La rougeur livide, la forme des ulcérations, la mauvaise qualité du pus, aident beaucoup le diagnostic, qui ne m'a jamais paru bien difficile, lors même que la patiente n'avouait pas la syphilis antérieure, ou n'en portait pas de traces présentes ou passées. J'ai donc été surpris de constater que la nature du mal avait été le plus souvent méconnue, comme dans l'observation que je publie précisément pour montrer la marche et l'opiniâtreté de l'affection abandonnée à elle-même ou imparfaitement traitée. Je ferai suivre cette relation de quelques remarques ur le traitement.

Obs. — Marie Lenoir, vingt-cinq ans, entre à la Pitié le 8 mai 1879 pour un double ongle incarné des gros orteils. Strumeuse pendant sa jeunesse, elle est aujourd'hui chloro-anémique et peu robuste, mais sans altération sérieuse de la santé générale. Elle

nie tout antécédent syphilitique et ne présente aucune trace actuelle d'infection, si l'on en excepte la lésion des orteils.

Grossesse il y a six ans, terminée par la naissance à terme d'un garçon aujourd'hui bien portant. Il y a quatre ans, l'ongle du gros orteil gauche s'incarne; un médecin en enlève la moitié, guérison. On aurait, paraît-il, administré à cette époque de l'iodure de potassium pour combattre des pertes blanches.

Récidive quelques mois plus tard. On opère de nouveau, mais la cicatrisation ne s'achève pas; le mal subit des alternatives de bien et de mal. Il y a deux ans, le gros orteil droit se prend à son tour; on fait cette fois l'ablation complète de l'ongle, mais sans plus de succès; l'ongle repousse irrégulièrement et la suppuration continue.

L'affection est peu douloureuse, mais elle gêne la marche et exige des soins continus; c'est pourquoi M... se décide à entrer à l'hôpital.

A gauche, l'ongle est incarné sur ses deux bords, lesquels sont recouverts en dedans par un bourrelet cutané et en dehors par des bourgeons charnus ulcérés. Il est partiellement décollé et soulevé par une couche de pus. Toute la dernière phalange, rouge, gonflée, douloureuse au toucher, présente une coloration livide au pourtour de l'ongle. L'os lui-même semble augmenté de volume, comme s'il était atteint de périostite.

A droite, les lésions sont semblables, mais un peu moins considérables. L'état général est assez bon, et les voies digestives fonctionnent convenablement. Je diagnostique la nature syphilitique de l'affection à ses caractères anatomiques, à son existence bilatérale, à sa marche, à sa durée, à ses récidives malgré les ablations réitérées. En conséquence, le 11 mai, après avoir fait soigneusement nettoyer les pieds, je prescris des onctions sur les gros orteils avec l'onguent napolitain et à l'intérieur 2 grammes d'iodure de potassium. — Repos absolu au lit.

Le 17, amélioration manifeste; le gonflement de la phalange a presque disparu, ainsi que la rougeur livide. Les douleurs sont quasi nulles. Le 22, l'incarnation seule persiste, mais l'ulcération des bourrelets et les phénomènes inflammatoires n'existent plus. Le traitement est continué, il est bien supporté et paraît même avoir favorablement agi sur la santé générale.

Les choses arrivées à ce point restent stationnaires et le moment paraissant venu de faire l'extirpation des ongles; j'y procède le 5 juin, à l'aide de l'anesthésie locale avec l'éther pulvérisé. Les ongles tiennent peu; les plaies saignent à peine. Je les lave avec la solution

phéniquée forte et j'applique un pansement ouaté, sans toucher ni aux bourrelets, ni à la matrice unguéale.

Le premier appareil est levé le 10 juin; cinq jours après la cicatrisation est si avancée que la malade demande sa sortie. Elle revient le 15, nous faire constater la guérison complète. Elle promet de prendre pendant plusieurs semaines encore l'iodure de potassium qui semble lui réussir fort bien.

L'onyxis syphilitique présente le double caractère d'une affection diathésique, justiciable de la médication spécifique, et d'une lésion mécanique exigeant un traitement chirurgical; c'est ce dont ne paraissent pas assez convaincus les praticiens qui se contentent de l'acte opératoire, laissant de côté l'indication pharmaceutique et ceux qui attendent tout de doses plus ou moins considérables de mercure et d'iodure de potassium.

On a vu dans l'observation précédente que, faute d'avoir porté le diagnostic étiologique, on a laissé persister pendant quatre ans une lésion malpropre et incommode dont une thérapeutique convenable a fait justice en un mois. Il eût suffi d'ailleurs, pour éviter cette longue méprise, de se rappeler que *toute lésion supposée locale, qui résiste à un traitement local rationnel, n'est point locale en réalité, et doit sa ténacité à une cause générale qu'il faut découvrir et combattre.*

Mais alors même que le diagnostic d'onyxis syphilitique est dûment posé, et qu'il semble nécessaire d'associer l'acte chirurgical à la médication interne, on peut se demander encore s'il faut appliquer les deux ordres de moyens d'emblée ou successivement. Je crois que la conduite doit varier suivant les cas.

J'avais cette année même dans mon service une fille atteinte à la fois d'onyxis et d'autres syphilides ulcéreuses. L'ongle était décollé, et soulevé par la suppuration; sa matrice était gonflée, ses bords enfouis sous deux bourrelets latéraux saignants et fongueux. L'ablation paraissait inévitable, mais comme le pied était fort sale et sa suppuration très fétide, je prescrivis à la fois des pansements phéniqués fréquents, le sirop de Gibert et les toniques. Plusieurs opérations importantes chargeant mon ordre du jour à cette époque, j'oubliai cette malade et ne la revis qu'au bout d'une semaine. Les choses avaient complètement changé : la suppuration avait considérablement diminué et n'était plus fétide, le gonflement des parties molles péri-unguéales s'était affaissé, les douleurs avaient disparu; la tendance à la guérison spontanée était manifeste. Je

coupai carrément la partie de l'ongle décollé, et faisant saillie au delà de la pulpe, puis je fis faire des pansements locaux comme dans les cas non spécifiques simples, moyennant quoi, après trois semaines de traitement, tout était solidement guéri.

Je ne veux pas poser cette manière de faire comme règle, car j'ai vu des cas où l'on aurait vainement gorgé les malades de médicaments si l'on n'avait pas extrait le corps étranger, mais je conseillerai volontiers une pratique mixte.

En présence d'une onyxis syphilitique, on prescrirait dès le premier jour le traitement interne et l'antisepsie locale avec un liquide spécifique au besoin, tels, par exemple, la solution de sublimé au deux millième. Si tout marchait bien, on s'en tiendrait là, si l'amélioration faisait défaut, ou s'arrêtait, on enlèverait l'ongle malade [1].

On n'aurait rien compromis en commençant par le traitement interne, et on aurait la chance d'éviter l'opération comme dans ma seconde observation. Si l'on suivait l'ordre inverse — comme cela m'est arrivé, dans un cas où j'avais méconnu la nature du mal — l'ablation de l'ongle pourrait amener une aggravation locale jusqu'au moment où, l'erreur reconnue, on prescrirait enfin les spécifiques [2].

1. On ferait simplement l'arrachement suivi de lotions phéniquées et de l'application d'un petit pansement ouaté. Je n'ai jamais employé pour la cure de l'ongle incarné les procédés compliqués qui attestent sans contredit l'ingéniosité des chirurgiens, parce qu'ils m'ont toujours paru inutiles et qu'ils échouent d'ailleurs tout aussi souvent que le simple arrachement.

2. Cette observation se trouve relatée dans mon travail sur les *névralgies traumatiques précoces*. Voy. le volume III de mes *Mémoires de chirurgie*, p. 542.

TABLE DES MATIÈRES

Imprimeries réunies, B, rue Mignon, 2.





